

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
PO TRANSPLANTACI JATER NA STANDARDNÍM
ODDĚLENÍ**

Bakalářská práce

TEREZA ŠEVČÍKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Praha 2017



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Ševčíková Tereza
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

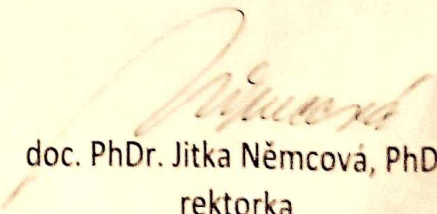
Na základě Vaší žádosti ze dne 31. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta po transplantaci jater na
standardním oddělení

*Complex Nursing Care of Patient after Liver Transplantation at the
Standard Unit*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská

V Praze dne: 1. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31.3.2017

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Janě Hlinovské, PhD. za odborné vedení a pomoc při zpracovávání mé bakalářské práce. Dále děkuji MUDr. Patriku Rulíškovi za poskytnutí cenných odborných rad při zpracovávání práce.

ABSTRAKT

ŠEVČÍKOVÁ, Tereza. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta po transplantaci jater na standardním oddělení*. Vysoká škola zdravotnická. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha. 2017. 86 s.

Tématem bakalářské práce je problematika ošetrovatelské péče o pacienta po transplantaci jater na standardním oddělení. Teoretická část práce popisuje obecnou problematiku transplantace jater, historii, indikace, kontraindikace, komplikace, imunosupresivní léčbu, dlouhodobou péči a popisuje péči o pacienta po transplantaci jater na standardním oddělení Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM). Praktická část popisuje případovou studii pacientky po transplantaci jater hospitalizované na Transplantační chirurgii v IKEM.

Klíčová slova

Transplantace. Játra. Ošetrovatelská péče. Imunosuprese. Kvalita života po transplantaci jater.

ABSTRACT

ŠEVČÍKOVÁ, Tereza. *Complex Nursing Care of Patient after Liver Transplantation at the Standard Unit*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Prague. 2017. 86 pages.

The subject of the bachelor thesis is the issue of nursing care of patients after liver transplantation at the standard unit. The theoretical part describes the general problems of liver transplantation, history, indications, contraindications, complications, immunosuppressive therapy, long-term care and describes the care of liver transplant patients on standard unit in Institute of Clinical and Experimental Medicine (IKEM). The practical part describes a case study at liver transplant patient hospitalized on Transplant surgery at the IKEM.

Keywords

Transplantation. Liver. Nursing care. Immunosuppression. Quality of life after liver transplantation.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

SEZNAM GRAFŮ

ÚVOD	12
1 ANATOMIE A FUNKCE JATER.....	14
2 TRANSPLANTACE JATER.....	15
2.1 HISTORIE TRANSPLANTACÍ JATER.....	16
2.2 OPERACE A CHIRURGICKÉ TECHNIKY TRANSPLANTACE JATER	16
2.3 DÁRCE	17
2.4 PŘÍJEMCE	18
2.5 ČEKACÍ LISTINA.....	18
2.6 ETICKÁ KOMISE.....	19
2.7 TRANSPLANTAČNÍ TÝM	19
2.8 INDIKACE K TRANSPLANTACI JATER.....	19
2.9 KONTRAINDIKACE K TRANSPLANTACI JATER	21
2.10 KOMPLIKACE PO TRANSPLANTACI JATER.....	21
2.10.1 Chirurgické.....	21
2.10.2 Biliární	22
2.10.3 Infekční	22
2.10.4 Rejekce.....	23
2.11 IMUNOSUPRESIVNÍ LÉČBA.....	23
2.12 DLOUHODOBÁ PÉČE	24

3 SPECIFIKA POOPERAČNÍ PÉČE NA KLINICE TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE V INSTITUTU KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY	27
4 KONCEPČNÍ MODEL DLE VIRGINIE HENDERSON	29
5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO TRANSPLANTACI JATER	31
ZÁVĚR	68
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

a. - arteria

aj. - a jiné

ALP - alkalinfosfatáza

ALT - alaninaminotransferáza

AST - asparátaminotransferáza

ATB - antibiotika

atd. - a tak dále

Cl - chloridy

cps. - kapsle

CRP - C reaktivní protein

CT – výpočetní tomografie

CŽK - centrální žilní katétr

č. - číslo

ČR - Česká republika

ERCP - endoskopická retrográní cholangiopankreatektografie

GGT - gama-glutamyltransferáza

i.v. - intravenózní

IKEM - Institut klinické a experimentální medicíny

inj. – injekce

INR – mezinárodní normalizovaný poměr pro protrombinový čas

IU - mezinárodní jednotka

K - draslík

min. - minuta

Na - sodík

NANDA - Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy

např. - například

p.o. - per orální

PMK - permanentní močový katétr

r. - roku

RF - rizikové faktory

s.c. - subkutánní

SF - související faktory

str. - strana

tbl. - tableta

tj. - to je

USG - ultrasonografie

UZ - určující znaky

v. - vena

vel. - velikost

(VOKURKA, 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Alagillův syndrom – arteriohepatická dysplazie, mnohočetné abnormality spojené s novorozeneckou cholestázou pokračující přes dětství až do dospělosti v důsledku hypoplazie žlučových cest

amyloidóza – onemocnění charakterizované ukládáním amyloidu do mezibuněčného prostoru a do okolí cév různých orgánů

anastomóza – uměle založená spojka mezi dvěma dutými orgány

Buddův-Chiariho syndrom – onemocnění charakterizované obliterací jaterních žil, které vedou krev z jater do dolní duté žíly

hereditární hemochromatóza – dědičné onemocnění charakterizované trvalým zvýšením vstřebávání železa ve střevě a jeho hromaděním v různých orgánech

kryptogenní cirhóza – cirhotické poškození jater nejasného původu

plazmaferéza – léčebný postup, při němž se nemocnému odebírá plazma a nahrazuje se plazmou dárce nebo roztokem krevních bílkovin

pseudovýdut' – vyklenutí stěny tepny

rekurence – opakovaný výskyt

steatohepatitida – onemocnění jater charakterizované při histologickém vyšetření výskytem steatózy (ztukovatění) a zánětlivých změn v periportálních oblastech

tyrozinémie – vrozená porucha metabolismu tyrosinu způsobená deficiencí fumarylacetoacetáthydrolyázy, jejímž důsledkem je elevace hladiny tyrosinu v krvi a následné těžké poškození buněk jater, ledvin a centrálního nervového systému

Wilsonova choroba – autosomálně recesivně dědičná choroba, při níž je porušen metabolismus mědi

(VOKURKA, 2015)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Chronická medikace	34
Tabulka 2 Popis fyzického stavu	36
Tabulka 3 Farmakoterapie	45
Tabulka 4 Get Up and Go test	IV
Tabulka 5 Záznam hodnocení bolesti	V

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Statistika transplantací jater v IKEM za rok 2016	27
Graf 1 Škála bolesti	VI

ÚVOD

„Každý dar je nečekané světlo, ale má za sebou tolik černých stínů.“

Josef Frič

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče u pacienta po transplantaci jater hospitalizovaného na standardním oddělení. Ošetřování pacientů po transplantaci jater představuje náročnou práci vyžadující profesionalitu a holistický přístup všech lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků. Každý pacient je individuální osobností se specifickými potřebami a je tedy nutné přizpůsobit péči každému na míru. Pokrok v lékařské vědě v posledních desítkách let umožňuje to, co dříve nebylo možné provést a transplantace jater je dnes běžnou klinickou praxí. Častější výskyt maligních, dědičných a jiných onemocnění s sebou přináší stále nové výzvy, které jsou neustále překonávány nebo vylepšovány. Je tedy nezbytné, aby si ošetrovatelský personál neustále prohluboval vědomosti v dané problematice.

Institut klinické a experimentální medicíny je největším specializovaným klinickým a vědeckovýzkumným pracovištěm v České republice zabývajícím se problematikou kardiovaskulárních chorob, transplantací orgánů, diabetologií a poruchami metabolismu. Transplantcentrum koordinuje programy transplantací jater, ledvin, pankreatu a dělohy ve spolupráci s dalšími klinikami institutu. (IKEM, nedatováno)

Pro tvorbu teoretické části práce jsme si stanovily tyto cíle: vymezit základní pojmy a stanovit rešeršní strategii, vyhledat aktuální literaturu vztahující se k dané problematice a prohloubit teoretické znalosti spojené s tématem. Pro tvorbu praktické části práce jsme si stanovily následující cíle: zmapovat ošetrovatelský proces u pacienta po transplantaci jater, prohloubit praktické znalosti spojené s ošetrovatelskou péčí, definovat možná doporučení pro praxi a na závěr vytvořit informační leták pro pacienty po transplantaci jater. Stanovení a následné zpracování ošetrovatelských diagnóz by mělo být ošetrovatelskému personálu nápomocno při péči o tyto pacienty.

Vstupní literatura

BUSUTTIL, Ronald W. a Goran B. KLINTMALM, 2015. *Transplantation of the Liver Expert Consult*. 3rd edition. Philadelphia: W B Saunders Co. ISBN 978-1-4557-0268-8.

TRUNEČKA, Pavel a Miloš ADAMEC, 2009. *Transplantace jater*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1671-1.

BALÁŽ, Peter, a kol, 2011. *Odběry orgánů k transplantaci: Odbery orgánov na transplantácie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1964-4.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce na téma Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta po transplantaci jater na standardním oddělení, probíhalo v období listopad 2016 až březen 2017. K vyhledávání byly využity elektronické databáze – katalog Národní lékařské knihovny Medvik, Jednotná informační brána. Rovněž bylo využito osobních návštěv Národní lékařské knihovny.

Jako první jsme formulovaly rešeršní požadavek a stanovili klíčová slova. Následně jsme stanovovaly jejich vzájemné vztahy a doplňovali rešeršní požadavek. Jako rešeršní strategii jsme zvolily strategii rostoucí perly, kdy dochází k posupnému rozšiřování dotazu a doplňování dalších klíčových slov za účelem získání požadovaných dokumentů. Zařazení dohledaných publikací do práce bylo provedeno na základě stanovených hlavních kritérií. Nebyly brány v patrnost publikace, jejichž ověřitelnost či důkazní stupeň byly velmi nízké. Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito celkem 32 zdrojů, z toho 30 v českém jazyce a 2 v jazyce anglickém z let 2002-2015.

1 ANATOMIE A FUNKCE JATER

Játra jsou největším a nejtěžším orgánem lidského těla o hmotnosti okolo 1,5 kg. Jsou uložena pod pravou brániční klenbou. Játra se člení na 4 laloky: pravý (lobus dexter), levý (lobus sinister), čtverhranný (lobus quadratus), lalok dolní duté žíly (lobus caudatus). Prakticky významné je funkční dělení na segmenty s cévními a žlučovými osami. Laloky se sbíhají na spodní ploše jater do tvaru písmene „H“ a svírají mezi sebou jaterní branku. Jaterní parenchym má červenohnědou barvu a je křehký. Histologicky jsou játra tvořena hepatocyty, které jsou uspořádány do trámců. Trámce se paprscitě sbíhají do sedmibokého jaterního lalůčku – stavební a funkční jednotce jater. Mezi jednotlivými lalůčky probíhají cévy a nejmenší žlučovody. Játra mají dva typy cévního zásobení: **výživným systémem**, který přivádí do jater okysličenou krev pomocí **a. hepatica; funkční vrátnicový oběh**, který přivádí do jater živiny pomocí **v. portae** ze všech nepárových orgánů dutiny břišní. Veškerá krev je z jater odváděna jaterními žilami přímo do dolní duté žíly. Funkce jater spočívají v podílu na metabolických procesech, dále na tvorbě tepla, detoxikační funkci, skladování a sekreci látek. **Metabolismus cukrů** spočívá v ukládání glukózy při jejím nadbytku – glykogeneze. Naopak při nedostatku glukózy v krvi se jaterní glykogen odbourává na glukózu glykogenolýzou. Játra mohou glukózu v určitých případech i tvořit, pomocí tzv. glukoneogeneze (z aminokyselin, laktátu). **Metabolismus bílkovin** spočívá v tvorbě krevních bílkovin (albumin, koagulační faktory) vstřebáváním aminokyselin. Tvorba a přeměna cholesterolu a lipoproteinů se dějí za pomoci metabolismu volných mastných kyselin, které dále mohou metabolizovat na oxid uhličitý a vodu, nebo na ketolátky (acetoacetát, aceton). **Tvorba tepla** se v játrech uskutečňuje pomocí metabolických pochodů a následnému uvolňování energie, která se přeměňuje na tepelnou energii. Teplota krve opouštějící játra dosahuje až 39°C. **Detoxikační funkce** jater je dána schopností odbourávat produkty metabolismu a látek poškozujících organismus. Kromě glukózy se v játrech **skladují** vitamíny (skupiny B a rozpustné v tucích) a železo ve formě feritinu. V játrech se tvoří **žluč**, která odtéká žlučovými cestami. Během prenatalního vývoje jsou játra místem **krvetborby**. (ROKYTA, 2006), (VOKURKA, 2015)

2 TRANSPLANTACE JATER

Transplantace je záměrný přenos orgánu či tkáně z jednoho místa organismu na druhé nebo z jednoho člověka na druhého. Mezi orgány, které se transplantují, řadíme ledviny, játra, srdce, plíce, slinivku břišní, plíce, dělohu, kostní dřeň, kloubní chrupavku, rohovku a kůži. (SCHNEIDEROVÁ, 2014), (SLEZÁKOVÁ, 2010)

Rozlišujeme čtyři typy transplantací podle vztahu mezi transplantátem a příjemcem: **alotransplantace** je přenos orgánu z jedné osoby na druhou; **izotransplantace** nebo také syngenní transplantace je vzácný přenos mezi jednovaječnými dvojčaty; **autotransplantace** je přenos vlastní tkáně po ošetření mimo tělo, která se následně vrací zpět ve formě autotransplantátu; **xenotransplantace** je přenos mezi různými živočišnými druhy a v klinické praxi se využívají zřídka (např. přenosy prasečí kůže k dočasnému krytí popálených ploch). (ZEMAN, 2011)

Transplantace jater je radikální život zachraňující metoda léčby ireverzibilního selhání jater, nádorů a metabolických vad ve spojitosti s játry. Jejím základem je chirurgická operace, při které jsou z těla příjemce vyjmata nemocná játra, a ta jsou následně nahrazena celými játry či jejich částí z mrtvého nebo živého dárce. (TRUNEČKA, 2009a)

Ve většině případů přináší transplantace jater dlouhodobé a kvalitní přežití. V současné době je největším problémem rekurence onemocnění po transplantaci (virové hepatitidy C a nádory jater). Dalším velkým problémem současné transplantologie je nedostatek vhodných orgánů, který je řešen jak opatřeními v chirurgické technice, tedy využíváním metody splitu a přenosu části jater od žijících dárců, tak i administrativními opatřeními založenými na metodách posuzování pokročilosti jaterních chorob. (TRUNEČKA, 2009a)

„Transplantace jater dávno přestala být klinickým experimentem a je dnes standardním léčebným postupem hrazeným zdravotními pojišťovnami.“ (HORÁK, 2014, str. 205)

2.1 HISTORIE TRANSPLANTACÍ JATER

Historie transplantací jater je příběhem plným tragických selhání ale zároveň i velkých úspěchů. Všechny počáteční neúspěchy vložily základ do dnešní podoby transplantace jater. První zmínky o přenosu jater datujeme do roku 1952, kdy **Vittorio Stadaucher** z Univerzity v Miláně publikoval sérii experimentů, ve které poprvé popsal techniku transplantace jater u čtyř psů. První transplantace jater byla provedena v roce 1963 v Denveru v USA, ovšem první úspěšnou transplantaci provedl **Thomas Starzl** v roce 1967 v Pittsburghu a pacient přežil déle než rok. O rok později zahájil **Roy York Calne** na Cambridge University druhý program transplantace jater, který se věnoval především výzkumu navzdory neuspokojivým výsledkům. Díky nedokonalé imunosupresi a četným infekčním komplikacím se přežívání pacientů po transplantaci jater pohybovalo okolo 30 %. Od té doby došlo k významným pokrokům v chirurgické technice, anestézii a následné intenzivní péči a spolu s dlouhodobou imunosupresivní terapií se z původně experimentální metody stala metoda rutinní, které se celosvětově provedly již desítky tisíc. Roční přežití pacientů se v dnešní době pohybuje okolo 90 %, a celkové přežití se odhaduje na 10 let. V Československé republice byla provedena první transplantace jater v roce 1983 v Brně pod vedením profesora **Vladimíra Kořístka**. Dosud bylo provedeno více než 1000 transplantací jater, převážná většina v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze. (BUSUTTIL, 2015), (HORÁK, 2014), (ŠPIČÁK, 2008), (TRUNEČKA, 2009a)

2.2 OPERACE A CHIRURGICKÉ TECHNIKY TRANSPLANTACE JATER

V současné době se provádí několik technik transplantace jater, ale stále převažuje transplantace jater z mrtvého dárce - tzv. **kadaverózní transplantace**, kdy se odběr provádí po stanovení mozkové smrti. Chirurgických technik rozlišujeme více typů:

- transplantace celých jater (full-size liver transplantation),
- transplantace části jater od mrtvého dárce (reduced-size liver transplantation),
- transplantace jednoho dárcovského orgánu, rozděleného pro dva příjemce (split-liver transplantation),

- transplantace části jater od živého dárce (living-related liver transplantation). (TRUNEČKA, 2009a)

Při urgentní transplantaci je možné použít kompatibilní jaterní štěp jiné krevní skupiny, není-li žádný stejnoskupinový dárce (0 jako univerzální dárce, AB jako univerzální příjemce). Podmínkou pro tuto transplantaci je podávání erytrocytové masy krevní skupiny shodné s krevní skupinou štěpu. Rizikem je možná hemolýza u příjemce. Jinou možností u urgentní transplantace jater je použití jinoskupinového nekompatibilního jaterního štěpu, kdy musí být pacientovi před samotnou transplantací provedena plazmaferéza, aby bylo dosaženo nejnižšího titru protilátek, tím se předejde hemolýze a poškození štěpu. (LATA, 2005)

2.3 DÁRCE

Žijící dárce jsou zpravidla pokrevní příbuzní, ale mohou se jimi stát i tzv. emocionální příbuzní, mezi které patří např. manžel či druh. Dárce musí být zletilý a svéprávný. Odběr orgánu u nezletilého dárce lze pouze v případě život ohrožujícího stavu příjemce. (BALÁŽ, 2012)

Zemřelí dárce jsou zpravidla dříve zdraví jedinci, kteří utrpěli mozkovou smrt a u nichž byly zároveň udrženy funkce srdečně-cévního systému. Mozková smrt se určuje angiografickým vyšetřením nebo perfúzí scintigrafií mozku. Součástí potvrzení je protokol podepsaný anesteziologem a neurologem, kteří provedou vyšetření nezávisle na sobě a v odstupu nejméně čtyř hodin. (BALÁŽ, 2012)

Mezi kontraindikace odběru orgánu pro zemřelé dárce patří:

- věk nad 70 let,
- anamnéza jaterního onemocnění, anamnéza alkoholismu,
- doba pobytu na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a doba parenterální výživy delší než 7 dní,
- významná obezita,
- elevace jaterních enzymů (vzestupná dynamika),

- déle trvající hypernatremie, hyperosmolarita. (BALÁŽ, 2012), (SCHNEIDEROVÁ, 2014)

Odběr orgánu či tkáně zemřelému dárci je nepřipustný v případě prokazatelného vyjádření nesouhlasu s odběrem, nemoci ohrožující případného příjemce a v případě, že zemřelého nelze identifikovat. V České republice upravuje oblast odběru orgánů zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánu a o změně některých zákonů, a s ním související prováděcí vyhlášky. (ČESKO, 2002)

„Při provádění odběru ze zemřelého a při provádění pitev se musí zacházet s tělem zemřelého s úctou a musí být provedeny všechny úkony tak, aby bylo tělo pokud možno upraveno do původní podoby.“ (ČESKO, 2002, § 14)

2.4 PŘÍJEMCE

„Výběr nejvhodnějších příjemců orgánů je založen na principu medicínské naléhavosti a rovnosti čekatelů; při rovnosti medicínské naléhavosti se přihlíží též k celkové době registrace v Národním registru osob čekajících na transplantaci orgánů.“ (ČESKO, 2002, § 17)

Příjemce nebo jeho zákonný zástupce musí dát informovaný písemný souhlas s transplantací orgánu na základě poučení, které poskytne lékař posuzující jeho zdravotní způsobilost. (ČESKO, 2002)

2.5 ČEKACÍ LISTINA

Registr čekatelů na transplantaci jednotlivých orgánů nebo tkání. Indikaci, zařazení a vlastní správu listiny má na starosti Koordinační středisko transplantací. Čekací doba závisí na dispozici vhodných dárců. U žijících dárců lze transplantaci uzpůsobit časově. U mrtvých dárců nelze čekací dobu předem odhadnout. Čekací listina není „frontou“ čekatelů, kdy není kritériem jen doba čekání, ale především medicínská kritéria jako krevní skupina, naléhavost transplantace, poměr tělesné hmotnosti mezi dárcem a příjemcem. Naléhavost transplantace se označuje čísly 1-4, kdy 1 vyjadřuje dobrý zdravotní stav a 4 urgentní potřebu transplantace. (BARTŮNĚK, 2016)

2.6 ETICKÁ KOMISE

„Etická komise je nezávislá komise, kterou ustavuje a zrušuje statutární orgán poskytovatele zdravotních služeb provádějícího odběr orgánu dárci ve prospěch příjemce, který není jeho osobou blízkou, nebo obnovitelné tkáně nezletilým osobám, osobám zbaveným způsobilosti nebo osobám neschopným vyslovit souhlas. Etická komise může být ustavena jako stálá komise nebo podle potřeby k jednotlivým případům.“ (ČESKO, 2002, § 5)

Etická komise má nejméně 5 členů; je tvořena lékaři, jedním klinickým psychologem a právníkem. Předsedu a další členy etické komise jmenuje a odvolává statutární orgán poskytovatele zdravotních služeb, ve kterém byla tato komise ustanovena. (ČESKO, 2002)

2.7 TRANSPLANTAČNÍ TÝM

Úspěšné provedení transplantace jater vyžaduje týmovou spolupráci mnoha odborníků. **Transplantační chirurg** provádí vlastní operaci včetně odběru jaterního štěpu z těla dárce a vynětí nemocných jater z těla příjemce a implantaci jaterního štěpu. Řeší případné chirurgické komplikace výkonu. **Anesteziolog** zajišťuje anestézii, sleduje pacienta v průběhu operace a v prvních dnech po operaci. **Hepatolog** zajišťuje péči o pacienty před transplantací, kdy se provádí vyšetření potřebná pro kandidáty transplantace jater. V pooperačním období řeší zejména vzniklé komplikace v rámci interního lékařství. **Transplantační koordinátorka** vyřizuje velkou část administrativní práce potřebné k vedení čekací listiny. Informuje pacienta o zařazení na čekací listinu i případných změnách. Sleduje zdravotní stav po dobu čekání na listině. Je školená k podávání informací o transplantační péči, o možných komplikacích a o správné životosprávě po transplantaci jater a zejména o užívání léků. Vede o pacientovi dokumentaci a organizuje dlouhodobou péči. **Ambulantní sestry** zajišťují péči o pacienta po propuštění z nemocnice v rámci ambulantních kontrol. (Česká transplantační společnost, nedatováno)

2.8 INDIKACE K TRANSPLANTACI JATER

„Transplantace jater je především život zachraňující výkon. Je indikována pro stavy akutního i chronického selhání jater jako orgánu nezbytného pro život.“

Je indikována v situacích, kdy je nemocný vývojem selhání natolik ohrožen, že pravděpodobnost přežití po případné transplantaci jater je výrazně vyšší než očekávané přežívání při jiném léčebném postupu.“ (ŠPIČÁK, 2008, str. 328)

Dalšími indikacemi jsou stavy, kdy vlastní játra představují pro svého nositele výrazné riziko, jako jaterní cirhóza ve fázi jaterní insuficience bez možnosti konzervativní léčby. Dalšími indikacemi jsou:

- hepatitida B a C,
- autoimunitní onemocnění,
- onemocnění způsobená užíváním alkoholu,
- metabolická onemocnění (hereditární hemochromatóza, Wilsonova choroba jater, nealkoholická steatohepatitida, amyloidóza, tyrozinémie),
- cholestatické cirhózy (primární biliární cirhóza, primární sklerotizující cholangitida, sekundární biliární cirhóza, biliární atrezie, cystická fibróza, Alagillův syndrom),
- necholestatické cirhózy (jaterní cirhóza B a C, autoimunitní cirhóza, alkoholická cirhóza, kryptogenní cirhóza),
- nádorová onemocnění (hepatocelulární karcinom, cholangiogenní karcinom, hepatoblastom),
- cévní onemocnění (Buddův-Chiariho syndrom),
- retransplantace. (BUSUTTIL, 2015), (HORÁK, 2014), (ŠPIČÁK, 2008)

„Posuzování pokročilosti jaterního onemocnění má základní význam pro odhad prognózy onemocnění.“ (TRUNEČKA, 2009a, str. 41) K posouzení slouží správné zhodnocení klinických projevů a výpočet skóre navržených pro tento účel. Mezi klinické příznaky jaterního onemocnění patří ascites, bakteriální peritonitida, ikterus, jaterní encefalopatie, hepatorenální syndrom. Při zjištění těchto příznaků nelze předpokládat víceleté přežití pacienta s jaterním onemocněním. Dalšími nástroji posuzování jsou posouzení laboratorních testů a funkční zátěžové testy jater – skóre Child-Turcotte Pugh a MELD skóre. **Skóre Child-Turcotte-Pugh (CTP)** je nejběžněji

používané klasifikační schéma, které rozděluje nemocné s chronickým selháním jater do tří tříd na základě dvou klinických příznaků (encefalopatie a ascites) a výsledků tří laboratorních vyšetření (bilirubin, albumin a protrombinový čas). V originální verzi sloužilo toto skóre k posuzování operačního rizika cirhotiků léčených pro krvácení z jícnových varixů. Dnes se využívá k posouzení rizikovosti nemocných zvažovaných k transplantaci a u nemocných s jaterní cirhózou. **MELD** skóre posuzuje střednědobé přežití pacientů s jaterní cirhózou na základě výsledků laboratorních vyšetření (kreatinin, bilirubin, INR). (TRUNEČKA, 2009a)

2.9 KONTRAINDIKACE K TRANSPLANTACI JATER

Absolutních kontraindikací je v současné době velmi málo. Závažnou kontraindikací jsou extrahepatální onemocnění, která nelze korigovat transplantací jater. Do těchto onemocnění řadíme:

- kardiopulmonální onemocnění,
- generalizovaná nádorová onemocnění,
- multiorgánová selhání,
- sepse a pneumonie,
- poruchy portálního řečiště.

Další oblastí, kde je třeba podrobného zhodnocení, je psychiatrie. Závažnou překážkou pro transplantaci mohou být onemocnění jako schizoafektivní psychóza, těžké depresivní stavy, závislost na návykových látkách a poruchy osobnosti. (TRUNEČKA, 2009a)

2.10 KOMPLIKACE PO TRANSPLANTACI JATER

Transplantace jater je zatížena řadou komplikací, které dělíme na chirurgické, biliární, infekční a rejekce. (TRUNEČKA, 2009a)

2.10.1 Chirurgické

V současné době nejsou častými komplikacemi. Dokonalou znalostí a pečlivou pooperační péčí lze snížit riziko jejich vzniku, popřípadě je včas diagnostikovat. **Selhání jaterního štěpu** – závažná život ohrožující komplikace, která se vyskytuje

na základě nedostatku vhodných dárců orgánů a také pokročilého stadia jaterního onemocnění. **Krvácení** je častou komplikací, která se více objevuje u pacientů s opožděným rozvojem funkce štěpu, kde jsou zdrojem krvácení vytvořená cévní spojení transplantovaných jater. U redukováných štěpů a splitu jsou zdrojem krvácení nejčastěji resekční plochy jater. **Cévní komplikace** můžeme rozlišit na tepenné a žilní. Nejčastější tepennou a chirurgickou komplikací je trombóza a. hepatica, která často vyžaduje retransplantaci z důvodu rozvoje ischemické nekrózy jater. Další častou komplikací je zúžení jaterní tepny objevující se obvykle v důsledku operačního poškození. Vzácnou komplikací je pseudovýduť jaterní tepny, která je spojována s infekcí či poraněním. Žilní komplikace ze strany v. portae nejsou příliš časté. Jejich příčinami jsou buď technické chyby při vytváření anastomóz, nebo některá onemocnění jater. (HORÁK, 2014), (TRUNEČKA, 2009a)

2.10.2 Biliární

Vyskytují se především z důvodu nízké regenerační schopnosti rekonstruovaných žlučových cest. Při pozdní diagnostice a léčbě se mohou stát příčinou poškození štěpu a mohou ohrozit život příjemce. **Leaky** - únik žluči do okolí žlučovodu. Časná komplikace, která se v převážné většině případů objeví do 1 měsíce po transplantaci. Podkladem je nekróza stěny žlučovodu obvykle ischemického původu. **Abscesy** se vyvíjí díky neléčenému leaku. Jeho nejzávažnějším důsledkem může být masivní krvácení z a. hepatica. Jejich léčba spočívá v drenáži pod sonografickou či CT kontrolou. **Stenózy** jsou nejčastějšími biliárními komplikacemi. Objevují se obvykle do dvou měsíců po transplantaci. Patogenetickými faktory pro vznik jsou chirurgická technika, ischemie, imunologické a prezervační poškození a infekce. Stenóza anastomózy je zapříčiněna chirurgickou technikou a ischemickou trombózou a. hepatica. **Cholelithiáza** – žlučnickové konkrementy se objevují jen velmi sporadicky s dlouhým odstupem od transplantace. (HONSOVÁ, 2013), (TRUNEČKA, 2009a)

2.10.3 Infekční

Představují jednu z nejzávažnějších komplikací všech transplantací. Přes pokroky v léčbě imunosupresivy a chirurgické technice se podílejí významnou měrou na morbiditě a mortalitě po transplantaci jater, zvláště v časném pooperačním období. **Časné období** se vztahuje na dobu do 30 dnů od transplantace. Jsou závislé na preexistujícím onemocnění, stavu nemocného před transplantací, chirurgické

manipulaci a možnosti nozokomiálních nákaz. Řadíme sem intraabdominální infekce, pneumonie a infekce postihující centrální nervový systém. **Střednědobé období** (31-180 dní) je typické pro rozvoj infekcí spojených s přenosem transplantovaného orgánu nebo prostřednictvím krevních derivátů. Objevují se virové infekce, především cytomegalovirus a virové hepatitidy. **Pozdní období** (více než 180 dní) zahrnuje rizika infekce v rámci funkce transplantovaného orgánu a úrovní imunosuprese. Převažují zde plicní infekce a chronické virové infekce. Dále jsou pacienti po transplantaci jater citliví k infekci nejrůznějšími vzácnými patogeny. Mezi ně řadíme bakterie (legionely, listerie, mykobakterie), plísňe (kandida, aspergilus, kryptokok, mykózy) i parazity (toxoplazma). (TRUNEČKA, 2009a)

2.10.4 Rejekce

Je výsledkem imunitní odpovědi organismu na antigeny štěpu. Bez imunosupresivní léčby by štěp selhal. V počátečních stádiích rejekce jsou patrné pouze minimální biochemické a klinické abnormality, jako např. elevace ALT, AST, ALP, bilirubinu. V těžkých případech se rejekce projevuje zvýšenou tělesnou teplotou, slabostí, bolestmi v pravém podžebří, světlá barva sekretů z drénů. Rejekci dělíme na 3 typy: hyperakutní, akutní a chronickou. **Hyperakutní** rejekce vede k hemoragické nekróze transplantovaných jater. Objevuje se minuty až dny od operace. Je zprostředkována protilátkami a je nevratným stavem. Je vzácnou rejekcí. **Akutní** rejekce se objevuje v několika dnech až měsících. Při adekvátní léčbě je plně reverzibilní. Z hlediska kliniky se lze rozdělit na další dvě podskupiny: **subklinická** – bez poškození štěpu, **klinická** – s poškozením štěpu. V lehkých případech nevyžaduje akutní rejekce léčbu, ve středně těžkých případech se zvyšují dávky imunosuprese nebo přidáním steroidů. V těžkých případech vyžaduje intenzivní antirejekční léčbu. **Chronická** rejekce se objevuje po týdnech až letech od transplantace. Vede k progresivnímu selhání štěpu a je ireverzibilní. Mnohdy se vyvíjí z rejekce akutní, která neodpovídá na léčbu. (TRUNEČKA, 2009a)

2.11 IMUNOSUPRESIVNÍ LÉČBA

Vývoj imunosuprese zásadně ovlivnil celý vývoj transplantace a napomohl přeměně z experimentální metody na metodu standardní léčby život ohrožujícího jaterního onemocnění. Imunosupresivní léčba ovlivňuje některé funkce imunitního systému, a to především negativně. V případě transplantace orgánů je smyslem

potlačení přirozené aktivity imunitního systému a předcházení rejekce daného orgánu. S jejich použitím je spojena řada nežádoucích účinků, které se u jednotlivých léků liší. Mezi nejčastější nežádoucí účinky řadíme sklon k arteriální hypertenzi, poruchy metabolismu, orgánová poškození a zvýšení výskytu infekcí a nádorů. (RUDOLF, 2011)

Po transplantaci jater se nejčastěji využívají tato imunosupresiva: **Azathioprin** (Imuran) potlačuje proliferaci aktivovaných T a B lymfocytů a snižuje počty cirkulujících monocytů. Nežádoucí účinky: útlum kostní dřeně, elevace jaterních testů, pankreatitida a GIT obtíže. **Mykofenolát mofetil** (CellCept, Myfenax) se vyznačuje cytostatickým efektem na populaci lymfocytárních buněk. Nežádoucí účinky závislé na dávce jsou: nevolnost, zvracení, průjem, bolesti břicha, zvýšení výskytu infekcí a nádorů. **Steroidy** (Prednison; Solu-Medrol; Medrol) - prednison a methylprednisolon se vyznačují minimálním mineralokortikoidním účinkem, a proto jsou v dlouhodobé imunosupresivní léčbě zastoupeny nejvíce. Všechny kortikoidy se vyznačují významnými nežádoucími účinky, jejichž riziko stoupá s délkou terapie a výškou pravidelné denní dávky: nespavost, deprese, zvýšená chuť k jídlu, zhoršení glukózové tolerance, osteoporóza, obezita, nadměrné ochlupení. **Sirolimus** (Rapamune), nežádoucí účinky: poruchy hojení ran, nitroústní ulcerace, leukopenie, trombocytopenie, hypercholesterolemie, renální toxicita. **Tacrolimus** (Prograf, Advagraf) a **Cyclosporin A** (Sandimmun; Sandimmun Neoral; Equoral) jsou kalcineurinové inhibitory, které se vyznačují specifickým účinkem na lymfocyty, inhibují buňkami zprostředkované reakce a také tvorbu protilátek závislou na lymfocytech T. Nežádoucí účinky: zvýšení krevního tlaku, hypomagnezémie, nevolnost, průjem, zhoršení jaterních funkcí, neurotoxicita, zhoršení funkce ledvin, bolesti hlavy a třes, poruchy glukózové tolerance. (RUDOLF, 2011), (TRUNEČKA, 2009a)

Tacrolimus je základním imunosupresivem a své prvenství si drží především díky své lékové formě s pozvolným uvolňováním. Mezi další široce využívané léky patří mykofenolát, sirolimus a everolimus. (TRUNEČKA, 2013)

2.12 DLOUHODOBÁ PÉČE

Hospitalizace po transplantaci jater trvá v rámci několika dnů až týdnů. Po této době následuje ambulantní doléčení a dlouhodobé sledování. Dlouhý pobyt, závažná prognóza a komplikovaný průběh léčby mohou u některých příjemců jaterního štěpu

vyvolat pocity nejistoty. Za pomoci transplantačního týmu, jehož péči pacient zůstává, se tyto obavy eliminují. Kvalita života po provedené transplantaci je u většiny pacientů zpravidla výborná. Návrat k normálnímu životu a do zaměstnání ovlivňuje řada faktorů, například věk pacienta, závažnost onemocnění, stav výživy, kvalita jaterního štěpu, průběh operace a pooperační péče s návratem k normálnímu životu doma i v zaměstnání. Velkou zátěží pro pacienty je nutnost užívat léky a docházet na pravidelné kontroly. (TRUNEČKA, 2009a)

Složení **stravy** je po transplantaci jater přísně individuální. Část pacientů je postižena značnou podvýživou z důvodu nedostatečné tvorby bílkovin v předoperačním období. V těchto případech by měla dieta obsahovat velké množství bílkovin a energie. Při zvyšování váhy je třeba dbát na zvyšování svalové hmoty, nikoliv objemu tuku. Většina příjemců trpí relativním nadbytkem tukové tkáně a malým procentem svalové hmoty. Za těchto podmínek je nutné zvyšovat podíl svalové hmoty aktivním cvičením a dieta nesmí obsahovat nadbytek energie. Vyvážená a zdravá strava po transplantaci jater je důležitá pro rychlou rekonvalescenci. Měla by obsahovat ovoce, zeleninu, celozrnné výrobky, nízkotučné mléčné výrobky s obsahem kalcia, libové maso, sladkovodní ryby a další zdroje bohaté na bílkoviny. Z důvodu léčby steroidy se doporučuje snížit obsah sodíku. **Cvičení** a sport je ideální provádět denně dle vlastních možností. Vždy je důležitá konzultace s transplantačním týmem, který pacienta sleduje. **Alkohol** je po transplantaci jater přísně zakázán spolu s **kouřením**. **Těhotenství** je nutné zkonzultovat s ošetřujícím lékařem vzhledem k užívané imunosupresi a její možné teratogenitě. (TRUNEČKA, 2004b)

Z důvodu potlačení imunitního systému užíváním imunosupresiv a vyššímu riziku infekce, je třeba dodržovat ochranná opatření:

- důkladná hygiena rukou,
- nedotýkat se zbytečně obličeje a úst,
- nestýkat se s lidmi s nachlazením, vzduchem přenosnými infekcemi,
- v období chřipkových epidemií omezit pohyb ve veřejných prostorech,
- denně měnit ručníky, ložní prádlo jednou týdně,

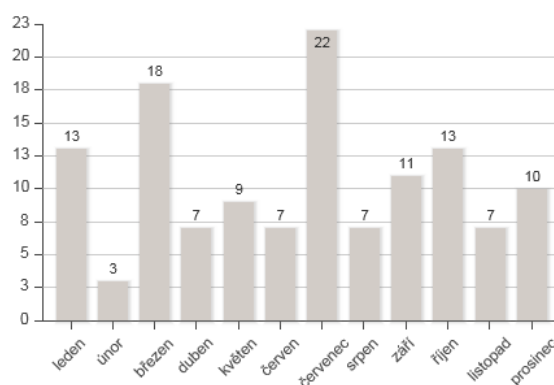
- vyvarovat se kontaktu se zvířecími výkaly a tlejícím materiálem na zahradě,
- neočkovat očkovacími látkami s živými viry. (TRUNEČKA, 2004b)

U psychicky pracujících nemocných je **návrat do zaměstnání** doprovázen minimálními komplikacemi. U manuálně pracujících může být návrat obtížnější. (TINKOVÁ, 2009), (TRUNEČKA, 2004b)

3 SPECIFIKA POOPERAČNÍ PÉČE NA KLINICE TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE V INSTITUTU KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY

Klinika transplantační chirurgie IKEM je největším pracovištěm v České republice, které provádí transplantace jater. Program transplantací jater byl zahájen v roce 1994 a dosud se zde provedlo více než 1300 transplantací. (IKEM, nedatováno)

Graf 1 Statistika transplantací jater v IKEM za rok 2016



Zdroj: ŽIVOT2, nedatováno

Po provedeném operačním výkonu jsou pacienti umístěni na anesteziologicko-resuscitační oddělení na dobu 1-2 dnů. Poté jsou přeloženi na jednotku intenzivní péče po dobu nutnou k základnímu zotavení, trvající zpravidla 3-7 dnů. Po této době je možné přeložení na standardní lůžkové oddělení. Celková doba strávená v nemocnici činí za předpokladu nekomplikovaného průběhu 2-3 týdny. Úplná rekonvalescence po propuštění do domácího prostředí činí kolem 3-6 měsíců. Na lůžkovém oddělení transplantační chirurgie jsou pacienti umístěni vždy samostatně na jednolůžkový pokoj s vlastním sociálním zařízením. Ošetrovatelská péče je poskytována formou bariérové ošetrovatelské péče. Každý pacient má k dispozici roušku a bavlněné rukavice a je poučen o nutnosti jejich používání při každém opuštění pokoje. Pokud je pacient v izolačním režimu z důvodu infekce, pokoj smí opouštět pouze v případě nutných vyšetření. Pokoj je pak vybaven všemi potřebnými pomůckami, např. tonometrem, teploměrem, emitní miskou, kontejnerem na ostrý odpad, škrtidlem, podložní miskou,

převazovými pomůckami atd. V případě izolace z důvodu neutropenie, lymfocytopenie aj., má sestra přiděleného pouze tohoto pacienta a nesmí opouštět oddělení. Veškeré výkony se provádějí na lůžku pacienta. Všechny pomůcky včetně dokumentace pacienta jsou uloženy na pokoji. Kontrola pacienta probíhá kontinuálně během celého dne. Všeobecná sestra monitoruje:

- celkový stav,
- fyziologické funkce (každých 6-12 hodin),
- hodnoty glykémie (každých 6-12 hodin),
- laboratorní hodnoty,
- operační ránu (1x denně, nebo dle potřeby),
- odpady z drénů,
- invazivní vstupy,
- váhu (1x denně),
- příjem a výdej tekutin (každých 6-12 hodin),
- stav výživy,
- účinky léků,
- nežádoucí účinky léků. (Zdroj: vlastní tvorba, 2017)

Vše pečlivě zaznamenává do dokumentace a každou změnu stavu pacienta oznamuje ošetřujícímu lékaři. Sestra dále připravuje pacienta na vyšetření, odebírá biologický materiál, kontroluje dodržování hygienických zásad a intenzivní rehabilitace. Při nekomplikovaném průběhu se pacient propouští do domácí péče. Před propuštěním pacienta kontroluje ošetřující lékař spolu s lékařem z kliniky hepatologie a transplantačními koordinátorkami, kteří odsouhlasí pacientovo propuštění a naplánují další postup. (Zdroj: vlastní tvorba, 2017)

4 KONCEPČNÍ MODEL DLE VIRGINIE HENDERSON

Cílem humanistického modelu Virginie Henderson je nezávislost pacienta v rámci uspokojování potřeb. Pacient je jedinec, vyžadující pomoc při dosahování zdraví a nezávislosti nebo klidném umírání, duše a tělo jsou neoddělitelné složky a s rodinou tvoří jeden celek. Zdrojem potíží jsou nedostatek síly, vůle a vědomostí. Metaparadigmatická koncepce modelu popisuje osobu jako nezávislou celistvou bytost, která je tvořena čtyřmi složkami – biologickou, psychickou, sociální a spirituální. Tyto složky zahrnují čtrnáct elementárních potřeb, které si jedinec uspokojuje individuálním způsobem. Funkcí sestry je udržovat nebo navracet nezávislost pacienta při uspokojování jeho potřeb. Ošetrovatelská péče by měla co nejdříve pomoci k získání nezávislosti jedince. Prostředí vnímá jako soubor všech vnějších podmínek a vlivů působících na život a vývoj jedince. Zdraví ztotožňuje se soběstačností, samostatností a nezávislostí jedince. (PAVLÍKOVÁ, 2006), (SITZMAN, 2010)

1. 14 základních složek ošetrovatelství, které definují roli sestry: normální dýchání,
2. dostatečný příjem tekutin a stravy,
3. vylučování,
4. pohyb a udržování vhodné polohy dle vlastní volby,
5. spánek a odpočinek,
6. vhodný oděv, oblékání a svlékání,
7. udržování tělesné teploty,
8. udržování tělesné čistoty a úpravy těla,
9. ochrana nemocného před nebezpečím z okolí,
10. komunikace nemocného s jinými osobami, při vyjádření jeho pocitů, obav a potřeb,

11. vyznání vlastní víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla,
12. produktivní pracovní činnosti,
13. hry nebo účast na formách odpočinku a relaxace,
14. učení, objevování nového, zvědavost. (PAVLÍKOVÁ, 2006), (SITZMAN, 2010)

Základní ošetrovatelskou péčí vyžaduje jakákoliv osoba bez ohledu na lékařskou diagnózu a je odvozená od individuálních potřeb pacienta. Ovlivňuje ji několik podmínek, např. věk, kultura, emocionální rovnováha, fyzické a psychické schopnosti pacienta, patologický stav. Při poskytování péče musí sestra vzít na vědomí všechny faktory, i když ošetřuje dva pacienty se stejnou lékařskou diagnózou. (PAVLÍKOVÁ, 2008)

„Tyto potřeby jsou vlastní všem lidem, jsou ovlivňované kulturou a individualitou každého jedince v oblasti biologické, psychické, sociální i spirituální a uspokojované jsou nejrůznějšími způsoby života, z nichž ani dva nejsou stejné. Základní potřeby existují bez ohledu na medicínskou diagnózu, necht' je jakkoliv ovlivňuje. Péče odvozená ze základních lidských potřeb může sloužit jako podklad při propagaci zdraví i při poskytování ošetrovatelské péče v případě nemoci.“ (PAVLÍKOVÁ, 2008, str. 47)

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO TRANSPLANTACI JATER

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Pohlaví – žena

Věk – 58

Stav – vdova

Zaměstnání – novinářka

Státní příslušnost – ČR

Datum přijetí – 7.12.2016

Typ přijetí – neodkladné

Oddělení – Klinika transplantační chirurgie – lůžkové oddělení

Důvod přijetí udávaný pacientem

„Přijali mě sem jako náhradnici k transplantaci jater.“

MEDICÍNSKÁ DIAGNÓZA HLAVNÍ

K83.8 Caroliho nemoc¹

MEDICÍNSKÉ DIAGNÓZY VEDLEJŠÍ

Recidivující cholangitidy

¹ Caroliho nemoc je vzácné onemocnění charakterizované segmentálně vakovitou dilatací intrahepatálních žlučových cest. Klinicky se projevuje epizodami cholangitidy a cholelithiázou. V kombinaci s jaterní fibrózou se nazývá Caroliho syndrom. Léčba spočívá v podávání antibiotik, drenáži kamenů a při nepříznivé prognóze v transplantaci jater. (BUSUTTIL, 2015)

Abscesy jater

Splenomegalie

Nefrolithiáza bilaterálně

Stav po cholangiogenní sepsi (9/2016)

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 133/90 mmHg

Výška: 168 cm

P: 104', pravidelný

Hmotnost: 70,0 kg

D: 16 dechů/min

BMI: 24,8 (norma)

TT: 36,4 °C

Pohyblivost: neomezená

SpO₂: 98 %

Orientace: časem, místem i osobou

Stav vědomí: při vědomí

Řeč: plynulá, bez obtíží

VAS: 0

EKG: sinusový rytmus

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Pacientka s diagnostikovanou Caroliho nemocí od roku 2010 na opakované ATB terapii pro recidivující akutní cholangitidy. V září roku 2016 hospitalizována na interním oddělení pro vysoké horečky. Provedeno ERCP s nálezem dilatace choledochů, abscesy levého laloku jater a intrahepatálních kamenů. Dále bylo provedeno USG břicha kde zjištěna bilaterální nefrolithiáza s tekutinou kolem levé ledviny a splenomegalií. Za hospitalizace probíhala ATB léčba. V říjnu 2016 zařazena na čekací listinu. Dne 7.12. neplánovaně přijata na oddělení Transplantační chirurgie jako náhradní příjemce štěpu jater.

Informační zdroje: pacientka, ošetrovatelská a lékařská dokumentace, ošetrující personál

ANAMNÉZA:

Rodinná anamnéza:

Matka (*1935) – arteriální hypertenze

Otec (+70 let) – karcinom prostaty

Sestra (*1954) – zdravá

Sestra (*1956) - zdravá

Bratr (*1961) – zdravý

Syn (*1979) – zdravý

Kromě otce onkologická, dědičná onemocnění a TBC v rodině nejuje.

Osobní anamnéza:

Překonaná onemocnění - běžné dětské nemoci, časté febrilie při základním onemocnění

Chronická onemocnění - Caroliho nemoc (diagnostikována r. 1986), recidivující akutní cholangitidy, nefrolithiáza bilaterálně

Hospitalizace a operace: 2001 ERCP s papilotomií; od r. 2010 na cyklické ATB terapii s pauzami; od 9/2016 hospitalizace na interním oddělení pro recidivu akutní cholangitidy

Úrazy - žádné

Očkování - běžná povinná očkování

Dieta – 3 (racionální), vegetariánka

Alergologická anamnéza:

Léky - piperacilin

Potraviny – nejuje

Dezinfekční prostředky – nejuje

Farmakologická anamnéza:

Tabulka 1 Chronická medikace

Název léku	Způsob podání	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Bonviva	p.o.	Tbl.	150 mg	1-0-1 1x měsíčně (naposledy 24.11.)	Biofosfonát
Calcium	p.o.	Tbl.	500 mg	1-0-0	Vápník
Calcichew D3	p.o.	Tbl.	500 mg/400 IU	0-0-1	Vápník
Controloc	p.o.	Tbl.	40 mg	1-0-0	Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy
Rocaltrol	p.o.	Cps.	0,25 µg	1-0-0	Vitamin
Ursosan	p.o.	Cps.	250 mg	1-1-1	Disolvens cholesterolových žlučových kamenů, hepatikum
Clexane	s.c.	Inj.	0,3 ml	0-0-1	Antikoagulans, nízkomolekulární heparin
Meropenem	i.v.	Inj.	1 g	6-14-22	Antibiotikum
Colomycin	i.v.	Inj.	3 mil. IU	6-14-22	Antibiotikum

Zdroj: ošetrovatelská dokumentace pacienta, 2016

Abúzy:

Alkohol – abstinentka

Kouření – exkuřák od r. 2010, dříve 10 cigaret/den

Léky – neguje

Jiné návykové látky – neguje

Gynekologická anamnéza:

Menarché – v 16 letech

Menopauza – ve 46 letech

Porody – jeden spontánní porod

Potrady – 0

Návštěvy gynekologa – pravidelně každého půl roku

Samovyšetřování prsou – jednou ročně při kontrole na gynekologii, jinak neprovádí

Urologická anamnéza:

Překonaná urologická onemocnění – neguje

Poslední návštěva urologa – nikdy nenavštívila

Sociální anamnéza:

Stav – vdova

Bytové podmínky – bydlí v bytě sama

Vztahy, role a interakce v rodině – bez narušení

Vztahy, role a interakce mimo rodinu – bez narušení

Záliby – cestování, jazyky, umění

Volnočasové aktivity – cestování po České republice a zahraničí

Pracovní anamnéza:

Vzdělání – vysokoškolské

Pracovní zařazení – novinářka

Čas působení – 30 let v oboru, předtím studia

Vztahy na pracovišti – dobré

Ekonomické podmínky – dle pacientky velmi dobré

Spirituální anamnéza:

Víra - žádná

Religiózní praktiky – žádné

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 14.12. (7. den hospitalizace)

Tabulka 2 Popis fyzického stavu

Systém	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava a krk	Beze změn.	Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá. Uši, oči a nos bez výtoku, spojivky růžové, sklery bílé. Zornice izokorické, fotoreakce v normě. Chrup vlastní, jazyk bez povlaku, plazí ve střední čáře. Krk souměrný, bez otoků. Štítná žláza nezvětšena. Náplň krčních žil v normě, pulzace souměrná. V pravé véně jugularis zaveden centrální žilní

		katétr, 6. den. Krytí s chlorhexidin glukonátem od 13.12.
Hrudník a dýchací systém	„Dýchá se mi dobře.“	Hrudník symetrický, bez deformit. Dýchání poslechově čisté.
Srdce a cévní systém	Beze změn.	Srdeční akce pravidelná, pulz dobře hmatný frekvence 96/min, krevní tlak 129/75 mmHg. Měření krevního tlaku probíhá neinvazivně pomocí digitálního tonometru. V pravé podklíčkové žíle zaveden centrální žilní katétr, vede 6. den, bez známek infekce.
Břicho a GIT	„Vadí mi drén v bříše a chci ho ven.“ „Bolí mě břicho.“	V niveau, palpačně bolestivé v pravém horním kvadrantu, bez hmatné rezistence. Peristaltika slyšitelná, plyny odchází. Stolice nepravidelná, bez patologických příměsí a zápachu, poslední 10.12. Zaveden penrose drén, 6. den, odvádí serózní sekret do nalepeného urostomického sáčku.
Močový a pohlavní systém	„Mám neustálý pocit na močení kvůli zavedené	Zaveden permanentní močový katétr (Foleyův),

	cévce.“	vel. 14, 6. den. Moč čirá, bez patologických příměsí. Genitál bez výtoku, deformit a patologie.
Kosterní a svalový systém	„Od stálého ležení mě bolí záda.“	Páteř a klouby bez patologického nálezu. Pohyblivost neomezená. Akra teplá, dolní končetiny bez otoků, varixů a jiných změn.
Nervový systém a smysly	„Vidím špatně na blízko, potřebuji brýle.“	Pacientka při vědomí, orientována místem, časem, osobou, spolupracující. Čich a sluch bez patologie. Zrak zhoršený na blízkou vzdálenost, nosí brýle na čtení.
Endokrinní systém	Beze změn	Pacientka nemá projevy poruch endokrinního systému.
Imunologický systém	„Až na ty játra jsem nemocná nebyvala.“	Lymfatické uzliny nezvětšené. Alergie na piperacilin. V dětství běžná dětská onemocnění.
Kůže a její adnexa	„Chtěla bych mít víc vlasů.“	Kůže bledá, kožní turgor přiměřený. Dekubity nepřítomné. Operační rána na břicho klidná, převázána, hojení per primam. Vlasy polodlouhé, prořídle, čisté. Nehty čisté, zastřižené.

Zdroj: ošetrovatelská dokumentace pacienta, 2016

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE VIRGINIE HENDERSON

Dýchání

Subjektivně

„Dýchá se mi dobře.“

Objektivně

Dýchání poslechově čisté.

Výživa a hydratace

Subjektivně

„Vypiji tak dva litry za den. Mám ráda čaj a ovocné džusy. Jsem vegetariánka.“

Objektivně

Výživa je enterální. Dieta č. 3. Dle ordinace lékaře je pacientce podáván sipping ve formě Nutridrinků. Příjem tekutin je cca 2000 ml/12 hod. Za poslední měsíc neregistruje změny v hmotnosti. Dutina ústní je bez patologického nálezu, chrup vlastní.

Vylučování moče a stolice

Subjektivně

„Mám neustálý pocit na močení kvůli zavedené cévce. Dlouho jsem nebyla na stolici.“

Objektivně

Pacientka má zaveden permanentní močový katétr z důvodu pooperačního stavu a sledování bilance tekutin. Moč je čirá, bez patologických příměsí. Provádí se sledování množství moči za 12 hodin. Průměrné množství je 2000 ml. Genitál bez výtoků, deformit a patologie. Peristaltika slyšitelná, plyny odchází. Stolice nepravidelná, bez patologických příměsí a zápachu, poslední 10.12. Množství odpadů z drénu je cca 250 ml/12 hod.

Pohyb

Subjektivně

„Špatně se mi chodí, potřebuji oporu.“

Objektivně

Pacientka tráví většinu dne na lůžku. V rámci rehabilitace se pacientka po zlepšení stavu aktivizuje – nácvik chůze za pomoci zdravotnického personálu po pokoji, po chodbě a následně se prováděl nácvik chůze po schodech. Pacientka vyžaduje dopomoc při oblékání a hygieně. Dle Barthelové testu základních všedních činností dosáhla 70 bodů – lehký stupeň závislosti (viz příloha A). Dle Get Up and Go testu dosáhla 8 bodů – potřeba dopomoci při pohybu. (viz příloha B)

Spánek a odpočinek (event. bolest)

Subjektivně

„Tady v nemocnici se mi spí špatně, chci už být doma ve své posteli.“

Objektivně

Pacientka udává problémy se spánkem, dlouho usíná a časně se probouzí. V domácím prostředí spí 6-7 hodin. Potíže se spánkem přisuzuje pobytu v nemocnici a současnému zdravotnímu stavu a pooperačním bolestem. V důsledku nedostatku spánku je pacientka spavá přes den a je unavená. Pacientka udává bolesti v pravém podžebří. Bolest je tupá. Intenzita je na stupni 4 (1-10). Po podání medikace se bolest sníží na stupeň 2 (1-10) (viz příloha C).

Oblékání

Subjektivně

„Potřebuji pomoc při oblékání.“

Objektivně

Pacientka se obtížně obléká, dělá jí problém ohýbání a celkově jeví známky slabosti. Je nutná dopomoc při oblékání a úpravě zevnějšku. Pacientka se sama aktivně snaží a ošetřovatelským personálem je vybízena k samostatnosti.

Regulace tělesné teploty

Subjektivně

„Necítím, že bych měla teplotu.“

Objektivně

Tělesná teplota je v mezích normy.

Hygiena

Subjektivně

„Ráda bych se vysprchovala, ale potřebuji doprovod do koupelny.“

Objektivně

Pacientka je slabá, ošetrovatelský personál doprovází pacientku do sprchy, kde podporuje aktivizaci.

Ochrana před nebezpečím

Subjektivně

„Jsem alergická na piperacilin.“

Objektivně

Stav kůže – kůže je suchá. Na břicho jizva ve tvaru J po provedené horní pravé laparotomii – stehy (svorky) v ráně, bez známek patologie, hojení per primam. Sliznice jsou bledé, vlhké, prokrvené bez známek patologie. Pacientka udává alergii na piperacilin. Riziko pádů je mírně zvýšeno (viz Příloha D)

Komunikace a kontakt

Subjektivně

Beze změn.

Objektivně

Pacientka komunikuje srozumitelně bez viditelných obtíží.

Víra

Subjektivně

„Nedodržuji žádné praktiky a ani nechodím do kostela.“

Objektivně

Pacientka není věřící.

Práce

Subjektivně

„V práci jsem spokojená, pracuji jako novinářka“

Objektivně

Pacientka udává spokojenost se svým zaměstnáním.

Aktivity a zájmy

Subjektivně

„Mám hodně koníčků a zájmů.“

Objektivně

Pacientka jeví zájem o různé aktivity.

Učení

Subjektivně

„Učení mi nikdy nedělalo problém.“

Objektivně

Paměť je zcela v pořádku, pacientka si vše pamatuje bez problémů.

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU ZE DNE 14.12.

Vědomí

Subjektivně: „Jsem plně v obraze.“

Objektivně: Vědomí je plné a jasné.

Orientace

Subjektivně: „Vím kde, a kdo jsem. Je 14. prosince 9:00 ráno.“

Objektivně: Pacientka je plně orientovaná místem, časem i osobou.

Nálada

Subjektivně: „Když mi zavolali, že sem mám přijet, znervózněla jsem, ale zároveň jsem pocítila radost z toho, že se konečně něco děje. Teď si přeji jet domů, pobyty v nemocnici jsou pro mě nepříjemné a mívám zde špatnou náladu, protože nevím, co se mnou bude teď dál.“

Objektivně: Pacientka má zhoršenou náladu, udává negativní pocity ohledně hospitalizace a dalšího průběhu.

Staropaměť

Subjektivně: „Věci z minulosti si pamatuji.“

Objektivně: Výbavnost zážitků z minulosti je bohatá.

Novopaměť

Subjektivně: „Nemám problém si zapamatovat věci. Jen si nepamatuji jména Vašeho personálu, protože je vás tu moc.“

Objektivně: Paměť je zcela v pořádku, pacientka si vše pamatuje bez problémů.

Myšlení

Subjektivně: „Přemýšlím, co se mnou bude dál, mám strach o to, jak se bude všechno vyvíjet a jak se zase zařadím do života. Bojím se komplikací.“

Objektivně: Myšlení je logické, chápe otázky, odpovídá přiléhavě a věcně. Řeč je plynulá, komunikuje bez potíží.

Temperament

Subjektivně: „Jsem spíše uzavřená do sebe, v posledních dnech se cítím nejistě.“

Objektivně: Pacientka se hodnotí jako introvert.

Sebehodnocení

Subjektivně: „Necítím se dobře. Nelíbí se mi jizva na břicho a celkově jsem nespokojená sama se sebou.“

Objektivně: Pacientka působí nevyrovnaným dojmem. Jako důvod udává nynější stav.

Vnímání zdraví

Subjektivně: „S Caroliho nemocí se léčím od roku 1986, je to pro mě velmi dlouhá doba plná léčby a procedur. Jsem ráda, že se situace vyřešila transplantací a doufám, že již žádné problémy nenastanou a budu v pořádku alespoň v rámci možností, a co nejdříve se vrátím do normálního života.“

Objektivně: Pacientka je se svým stavem smířená, ale cítí se nejistě a vyjadřuje obavy z dalšího průběhu. Doufá v rychlou rekonvalescenci.

Vnímání zdravotního stavu

Subjektivně: „Doufám, že půjdu brzy domů a nebudu mít žádné problémy.“

Objektivně: Pacientka doufá v nekomplikovaný průběh a v brzký návrat domů.

Reakce na hospitalizaci

Subjektivně: „Přijali mě neplánovaně, věděla jsem, že to jednou přijde, ale ne ten den, co mi zavolali.“

Objektivně: Pacientka je s hospitalizací smířená a chápe její důvod.

Adaptace na onemocnění

Subjektivně: „Za ty roky, už jsem si zvykla.“

Objektivně: Pacientka je se svým onemocněním a současným stavem smířená.

Projevy jistoty a nejistoty

Subjektivně: „Nevím, jak to bude dál.“

Objektivně: Pacientka vyjadřuje nejistotu z budoucnosti a dalšího vývoje.

Zkušenosti s předchozí hospitalizací

Subjektivně: „Již několikrát jsem byla hospitalizovaná, a vím, jak to v nemocnici probíhá. Důvěřuji veškerému personálu.“

Objektivně: Pacientka vyjadřuje důvěru ke zdravotnickému personálu, žádné negativní zkušenosti s předchozími hospitalizacemi nemá.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT ze dne 14.12. (7. den hospitalizace)

Ordinovaná vyšetření: odběry venózní krve, USG břicha

Laboratorní vyšetření:

- **biochemie** – Na (138,3 mmol/l), K (3,90 mmol/l), Cl (108,0 mmol/l), bilirubin celkový (12,0 mmol/l), bilirubin přímý (7,2 mmol/l), AST (5,08 μ kat/l), ALT (6,83 μ kat/l), ALP (6,42 μ kat/l), GGT (14,42 μ kat/l), CRP (28,8 mg/l), kreatinin (64,5 μ mol/l), urea (5,5 mmol/l)
- **hematologie** – leukocyty ($11,5 \times 10^9/l$), erytrocyty ($3,32 \times 10^{12}/l$), hemoglobin (91 g/l), hematokrit (0,267 objemový podíl), trombocyty ($230 \times 10^9/l$)

Konzervativní léčba:

- **dietoterapie** – dieta č. 3 (racionální), vegetariánka, sipping (Nutridrinky 3x denně)
- **pohybový režim** – pacientka částečně soběstačná, intenzivní rehabilitace, nácvik vstávání z lůžka a chůze

Medikamentózní léčba:

Tabulka 3 Farmakoterapie

Název léku	Způsob podání	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Valaciclovir	p.o.	Tbl.	500 mg	1-0-1	Antivirotikum
Biseptol	p.o.	Tbl.	480 mg	1-0-0 po-st-pá	Antimikrobiální chemoterapeutikum
Azibot	p.o.	Tbl.	500 mg	1-0-0 1., 3. a 7. den	Makrolidové antibiotikum
Advagraf	p.o.	Cps.	5 mg	1-0-0	Imunosupresivum, inhibitor kalcineurinu
Myfenax	p.o.	Tbl.	500 mg	2-0-2	Selektivní imunosupresivum
Medrol	p.o.	Tbl.	20 mg	1-0-0	Hormon, glukokortikoid
Controloc	p.o.	Tbl.	20 mg	1-0-1	Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy
SDD Ampho-Moronal	p.o.	Susp.	5 ml	6-12-18-24	Antimykotikum
Venter	p.o.	Tbl.	1 g	30 min po SDD	Antiulcerózum
Fraxiparine	s.c.	Inj.	0,4 ml	0-0-1	Antikoagulans
Novalgin	i.v., i.m.	Inj.	500 mg	á 6 hod d.p.	Analgetikum, antipyretikum
Dipidolor	i.m., s.c.	Inj.	7,5 mg	á 8 hod d.p.	Analgetikum, anodynum
Oxazepam	p.o.	Tbl.	10 mg	22:00 d.p.	Psycholeptikum
Glycerinový čípek	p.r.	Supp.	2,06 g	d.p.	Laxativa

Zdroj: ošetřovatelská dokumentace pacienta, 2016

Lokální terapie: péče o operační ránu, močové cesty a centrální žilní katétr

SITUAČNÍ ANALÝZA ze dne 14.12. (7. den hospitalizace)

Pacientka 6. pooperační den po transplantaci jater pro Caroliho nemoc přeložena z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení v 10:00. Ranní medikace a hygiena byly provedeny ošetřující všeobecnou sestrou na oddělení JIP v rozmezí od 6:00 do 7:00.

Všeobecná sestra provedla kontrolu stran identity pacienta oslovením a kontrolou identifikačního náramku. Pacientka byla uložena na jednolůžkový pokoj s vlastním sociálním zařízením. Dále byla poučena o nutnosti dodržovat ochranná opatření z důvodu vyššího rizika infekce.

Pacientka je částečně soběstačná, postupně začíná s aktivizací v rámci vstávání z lůžka a chůze.

Operační rána je klidná, bez známek infekce. Poslední převaz proveden dne 14.12. v 11:00 ošetřující všeobecnou sestrou na standardním oddělení. Lékař provedl kontrolu rány. Rána byla ošetřena DebriEcaSan roztokem, okolí rány bylo ošetřeno dezinfekčním roztokem Skinsept a poté byla kryta Curapore krytím. Okolí penrose drénu bylo očištěno od sraženin, ošetřeno stomickými pomůckami a byl nalepen nový urostomický sáček na sběr odpadů z drénu. Z invazivních vstupů zavedeny – PMK, CŽK a penrose drén – ty byly ošetřeny dle zavedených standardů ošetrovatelské péče.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE

II 2015-2017 A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dne 14.12., tj. 6. pooperační a 7. den hospitalizace, dle publikace NANDA International Ošetrovatelské diagnózy: *Definice a klasifikace 2015-2017* a byly uspořádaly sestupně dle priorit pacientky.

Byly stanoveny všechny ošetrovatelské diagnózy, které byly u pacientky zjištěny 7. den hospitalizace. Rozpracovaných je prvních šest aktuálních ošetrovatelských

diagnóz a první potenciální ošetrovatelská diagnóza. Realizaci prováděly všeobecné sestry a další ošetrovatelský personál. Celkové hodnocení bylo provedeno 16.2., tj. 9. den hospitalizace.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Doména č. 12 Komfort

Třída č. 1 Tělesný komfort

Diagnóza: Akutní bolest 00132

UZ: ochranné chování, vyhledávání antialgické polohy, vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (vizuální analogová škála, numerická škála)

SF: fyzikální původci zranění (operace)

Priorita: střední

Doména č. 11 Bezpečnost/ochrana

Třída č. 2 Tělesné poškození

Diagnóza: Narušená integrita kůže 00044 – operační rána

UZ: změny integrity

SF: vnitřní – imunodeficience

Priorita: střední

Doména č. 9 Zvládání/tolerance zátěže

Třída č. 2 Reakce na zvládání zátěže

Diagnóza: Strach 00148

UZ: uvádí obavy, uvádí sníženou sebejistotu, uvádí zvýšené napětí

SF: přirozené (ztráta fyzické podpory), oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (např. pobyt, nemocniční procedury), neobeznámenost s prostředím

Priorita: střední

Doména č. 6 Sebepercepce

Třída č. 2 Sebeúcta

Diagnóza: Situačně nízká sebeúcta 00120

UZ: podceňování schopnosti řešit situaci, nerozhodné chování

SF: změněný obraz těla

Priorita: střední

Doména č. 4 Aktivita/odpočinek

Třída č. 1 Spánek/odpočinek

Diagnóza: Nespavost 00095

UZ: změny emocí, potíže s usínáním, potíže se spaním, předčasné probouzení, nedostatek energie, neposilující spánek, narušení spánku, což se projevuje následující den

SF: úzkost, průměrná denní fyzická aktivita je menší než doporučení pro dané pohlaví a věk, enviromentální faktory, strach, farmaka, tělesný diskomfort, stresory

Priorita: střední

Doména č. 4 Aktivita/odpočinek

Třída č. 3 Rovnováha energie

Diagnóza: Únava 00093

UZ: změny koncentrace, zvýšení požadavků na odpočinek, ospalost, zhoršená schopnost zachovat běžný denní režim, nedostatek energie, neposilující spánek, únava

SF: onemocnění

Priorita: střední

Doména č. 12 Komfort

Třída č. 1 Tělesný komfort, 2 Komfort prostředí, 3 Sociální komfort

Diagnóza: Zhoršený komfort 00214

UZ: narušený vzorec spánku, úzkost, strach, pocit diskomfortu, nelehkost situace

SF: léčba, nedostatečná kontrola nad situací

Priorita: střední

Doména č. 4 Aktivita/odpočinek

Třída č. 5 Sebepéče

Diagnóza: Deficit sebepéče při oblékání 00109

UZ: zhoršená schopnost obléknout si oblečení na dolní část těla

SF: diskomfort, bolest, slabost

Priorita: střední

Doména č. 4 Aktivita/odpočinek

Třída č. 5 Sebepéče

Diagnóza: Deficit sebepéče při koupání 00108

UZ: zhoršená schopnost dostat se do koupelny, zhoršená schopnost umýt si tělo

SF: bolest, slabost

Priorita: střední

Doména č. 4: Aktivita/odpočinek

Třída č. 5: Sebepéče

Diagnóza: Snaha zlepšit sebepéči 00182

UZ: vyjádření touhy zlepšit svou nezávislost při udržování zdraví, vyjadřuje touhu zlepšit znalosti strategií při sebezpečí, vyjadřuje touhu zlepšit sebezpečí

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

Doména č. 11 Bezpečnost/ochrana

Třída č. 1 Infekce

Diagnóza: Riziko infekce 00004 – invazivní vstupy

RF: invazivní vstupy, změna integrity kůže, imunosuprese, vystavení se nález

Doména č. 11 Bezpečnost/ochrana - imunodeficiencie

Třída č. 1 Infekce

Diagnóza: Riziko infekce 00004 – invazivní vstupy

RF: invazivní vstupy, změna integrity kůže, imunosuprese, vystavení se nález

Doména č. 3 Vylučování a výměna

Třída č. 2 Funkce gastrointestinálního systému

Diagnóza: Riziko zácpy 00015

RF: funkční – nedávná změna prostředí, mechanické – pooperační střevní obstrukce, farmakologické – farmaka, fyziologické – snížená motilita gastrointestinálního traktu

Doména č. 11 Bezpečnost/ochrana

Třída č. 2 Tělesné poškození

Diagnóza: Riziko prodloužení pooperačního zotavení 00100

RF: rozsáhlý chirurgický výkon, bolest, farmaka, pooperační emocionální reakce

Doména č. 9 Zvládání/tolerance zátěže

Třída č. 2 Reakce na zvládání zátěže

Diagnóza: Riziko bezmocnosti 00152

RF: úzkost, nemoc, nízká sebeúcta, nepředvídatelný průběh nemoci

PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE OD 14.12. DO 16.12.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy ke dni 14.12.

Doména č. 12 Komfort

Třída č. 1 Tělesný komfort

Diagnóza: Akutní bolest 00132

UZ: ochranné chování, vyhledávání antialgické polohy, vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (vizuální analogová škála, numerická škála)

SF: fyzikální původci zranění (operace)

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka udává celkové zmírnění bolesti na stupnici od 0-10 alespoň o 3 stupně do 2 týdnů.

Cíl krátkodobý: Pacientka udává zmírnění bolesti o jeden stupeň na stupnici od 0-10 do 2 hodin po podání medikace.

Očekávané výsledky:

- Pacientka chápe příčinu bolesti do 1 dne.
- Pacientka je schopna o bolesti a jejích projevech hovořit - do 1 dne.
- Pacientka používá numerickou škálu bolesti k hodnocení intenzity bolesti do 1 dne.
- Pacientka dodržuje farmakologický režim dle ordinace lékaře denně.
- Pacientka zná metody zmírňující bolest do 1 dne.

- Pacientka zná a využívá některé relaxační techniky do 1 dne.
- Pacientka udává zmírnění bolesti při zavedené léčbě bolesti do 2 dnů.
- Pacientka nemá rušený spánek bolestí - do 3 dnů.
- Pacientka při nastavené léčbě bolesti nemá klidovou bolest do 2 dnů.
- Pacientka má při pohybu zmírněnou bolest do 5 dnů.

Intervence:

1. Posud' bolest, její lokalizaci, charakter, nástup, trvání, častost, závažnost na stupnici od 0 do 10, zhoršující faktory, změny bolesti během dne. – všeobecná sestra pravidelně po 2 hodinách
2. Posud' ovlivnitelnost bolesti. – všeobecná sestra denně
3. Posud' možné příčiny bolesti. – všeobecná sestra při překladech z JIP a denně
4. Pozoruj neverbální projevy bolesti. – všeobecná sestra denně
5. Všiměj si chování pacienta a jeho změn. – všeobecná sestra denně
6. Zhodnot' vliv bolesti na spánek pacientky. – všeobecná sestra 2x denně
7. Zajisti pacientce klidné prostředí. – všeobecná sestra, ošetrovatelka, sanitářka denně
8. Vše pečlivě zaznamenávej do dokumentace a informuj lékaře. – všeobecná sestra denně a dle potřeby
9. Podej medikace dle ordinace lékaře s přihlédnutím na aktuální stav pacientky. – všeobecná sestra denně dle ordinace lékaře do 5 minut
10. Sleduj vedlejší účinky léků. – všeobecná sestra denně po podání medikace do 30 minut
11. Sleduj účinek léků. – všeobecná sestra denně po podání medikace do 30 minut
12. Pomoz pacientce se změnou polohy. – všeobecná sestra denně při potřebě pacientky

13. Zapoj pacientku do poskytované péče. – všeobecná sestra po celou dobu hospitalizace

14. Ved' příbuzné k podpoře pacienta. – lékař, všeobecná sestra po celou dobu hospitalizace

Realizace od 14.12. do 16.12.:

Všeobecná sestra po 2 hodinách denně a v pravidelných intervalech prováděla u pacientky hodnocení bolesti za pomoci numerické škály na stupnici od 0 do 10. Pacientka byla před ošetřováním vybídnutá k aktivní spolupráci na léčbě bolesti. Pacientce byly před ošetřováním doporučeny úlevové polohy a byla poučena o správném vstávání z lůžka přes bok. Všeobecná sestra prováděla denně aplikace analgetik dle ordinace lékaře a potřeb pacientky (viz příloha C). Dále sledovala účinek těchto léků a jejich případné vedlejší účinky, které zaznamenávala do dokumentace a informovala o nich ošetřujícího lékaře.

Hodnocení od 14.12. do 16.12.:

Krátkodobý cíl splněn, pacientka udává zmírnění bolesti o jeden stupeň na stupnici od 0-10 do 2 hodin po podání medikace. Dlouhodobý cíl prozatím nesplněn, vyžaduje delší časové období. Téměř všechny očekávané výsledky se podařilo splnit, některé vyžadují delší čas.

Doména č. 11 Bezpečnost/ochrana

Třída č. 2 Tělesné poškození

Diagnóza: Narušená integrita kůže 00044 – operační rána

UZ: změny integrity

SF: vnitřní – imunodeficience

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Operační rána pacientky je plně zhojena do 5 týdnů.

Cíl krátkodobý: Operační rána pacientky se hojí per primam do 14 dnů.

Očekávané výsledky:

- Pacientka se aktivně účastní preventivních opatření a léčebného režimu do konce hospitalizace.
- Operační rána se hojí per primam po dobu hospitalizace.

Intervence:

1. Sleduj proces hojení rány. – všeobecná sestra jednou denně
2. Zachovávej zásady asepsy při ošetřování. – všeobecná sestra při manipulaci s ránou
3. Zajisti dostatečnou výživu obohacenou o bílkoviny a hydrataci pacienta, sleduj bilanci tekutin. - všeobecná sestra, ošetřovatelka celý den
4. Prováděj častou výměnu osobního i ložního prádla. – všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitářka 2x denně a dle potřeby
5. Předcházej vzniku a šíření infekce. – všeobecná sestra při manipulaci a po celou dobu hospitalizace
6. Pouč pacienta a jeho rodinu o nutnosti dodržování léčebných opatření, preventivní péče o kůži i jejího denního udržování. – všeobecná sestra při manipulaci s ránou, během hospitalizace a před propuštěním pacienta

Realizace od 14.12. do 16.12.:

Při překladi pacientky byla provedena kontrola operační rány všeobecnou sestrou a lékařem. Rána byla ošetřena DebriEcaSan roztokem a osušena, poté byla kryta Curapor krytím. Pacientka byla poučena o nutnosti udržovat ránu v čistotě, tyto pokyny dodržovala. Během hospitalizace se rána denně v dopoledních hodinách převazovala. Rána byla po celou dobu hospitalizace klidná, bez sekrece a známek infekce.

Hodnocení od 14.12. do 16.12.:

Krátkodobý cíl se daří plnit, rána se hojí per primam. Dlouhodobý cíl prozatím nesplněn, jeho realizace vyžaduje delší časové období. Očekávané výsledky se podařilo splnit.

Doména č. 9 Zvládnání/tolerance zátěže

Třída č. 2 Reakce na zvládnání zátěže

Diagnóza: Strach 00148

UZ: uvádí obavy, uvádí sníženou sebejistotu, uvádí zvýšené napětí

SF: přirozené (ztráta fyzické podpory), oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (např. pobyt, nemocniční procedury), neobeznámenost s prostředím

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka nevyjadřuje pocity strachu a obavy do 14 dnů.

Cíl krátkodobý: Pacientka je dostatečně informovaná o zdravotním stavu a léčebném režimu do 1 dne.

Očekávané výsledky:

- Pacientka volně mluví o svých emocích vždy v případě potřeby.
- Pacientka je dostatečně informována o svém zdravotním stavu do 1 dne.
- Pacientka chápe strach a mluví o něm do 2 dnů.
- Pacientka zná ošetrovatelský tým do dvou hodin od překlady z JIP.

Intervence:

1. Buď pacientce na blízku, naslouchej jí a povzbuzuj ji. – lékař, všeobecná sestra, ošetrovatelka, sanitářka denně
2. Podej pacientce dostatek informací v rámci své kompetence tak, aby jim porozuměla. – lékař, všeobecná sestra v průběhu hospitalizace
3. Dávej prostor pro možné dotazy pacientky. – lékař, všeobecná sestra denně
4. Požádej další členy zdravotnického týmu o pomoc při nedostatečné informovanosti pacienta. – všeobecná sestra dle potřeby

Realizace od 14.12. do 16.12.:

Při překladu vyjádřila pacientka obavy z budoucího postupu a léčby. Bála se, že se onemocnění vrátí a nastanou komplikace. Pacientka nebyla dostatečně informovaná. Všeobecná sestra posoudila stupeň strachu, konzultovala vše s pacientkou a zjistila, jak strach vnímá. Po konzultaci se všeobecnou sestrou a lékařem pacientka zmírnila své obavy a dál se o problematiku zajímala. Veškerá pooperační péče byla pacientce vysvětlena, a byla vybídnuta k dalším dotazům. Ty pokládala během celé doby hospitalizace, kdy se situace postupně zlepšovala.

Hodnocení od 14.12. do 16.12.:

Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka byla dostatečně edukovaná lékařem a všeobecnou sestrou o pooperační péči a dalším postupu léčby. Dlouhodobý cíl splněn částečně, pacientčiny obavy se snížily, avšak úplně nevymizely. Očekávané výsledky se podařilo splnit částečně z důvodu pokračujících obav pacientky.

Doména č. 6 Sebepercepce

Třída č. 2 Sebeúcta

Diagnóza: Situačně nízká sebeúcta 00120

UZ: podceňování schopnosti řešit situaci, nerozhodné chování

SF: změněný obraz těla

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka má zajištěnou bio-psycho-sociální pohodu do 14 týdnů.

Cíl krátkodobý: Pacientka je schopna vyjádřit sebeocenění do 10 týdnů.

Očekávané výsledky:

- Pacientka si uvědomí a přijme oblasti, které nemůže mít pod kontrolou do 4 týdnů. Pacient si uvědomí a přijme oblasti, které může mít pod kontrolou do 4 týdnů.

- Pacientka je schopna sdělit své pocity a problémy do 5 dnů
- Pacientka se podílí na ošetrovatelské péči do 3 dnů.

Plán intervencí:

1. Informuj se, zda je pacientka seznámena se svým zdravotním stavem. – všeobecná sestra před ošetřováním
2. Posuď, zda je pacientka schopna přijmout oblasti, které nemůže mít pod kontrolou. – všeobecná sestra 1x za 3 dny
3. Posuď, zda je pacientka schopna přijmout oblasti, které může mít pod kontrolou. – všeobecná sestra 1x za 3 dny
4. Podporuj pacientku, aby se mohla vyrovnat se svým zdravotním stavem. – všeobecná sestra po celý den
5. Komunikuj s pacientkou s úctou, nelituj ji. – všeobecná sestra po celý den
6. Domluv se s pacientkou na způsobu oslovování. – všeobecná sestra před ošetřováním
7. Domluv se s pacientkou o rozvržení výkonů během dne. – všeobecná sestra 1x denně a při potřebě
8. Umožni pacientce rozhodovat o činnostech, které se ho týkají. všeobecná sestra – po celý den
9. Motivuj pacientku ke spolupráci. – všeobecná sestra po celý den
10. Naslouchej obavám a názorům, které pacientka sděluje. – všeobecná sestra po celý den
11. Informuj lékaře o problémech, které pacientka sděluje. – všeobecná sestra 1x denně nebo při potřebě
12. Pobídní pacientku k dotazům, rovněž i rodinu pacienta. – všeobecná sestra po celý den
13. Zachovávej intimitu a soukromí pacientky. – všeobecná sestra po celý den

14. Podej medikaci dle ordinace lékaře. – všeobecná sestra do 5 minut
15. Sleduj účinek podané medikace. – všeobecná sestra do 30 minut
16. Zapoj do ošetrovatelské péče rodinu, pokud si to bude pacient přát. – všeobecná sestra při návštěvě
17. Vše pečlivě zaznamenávej do dokumentace. – všeobecná sestra – po celý den

Realizace:

Před prvním ošetřováním pacientky byla všeobecná sestra informována o jejím zdravotním stavu. Před ošetřováním se s pacientkou domluvila, jak ji bude oslovovat - na přání pacientky paní XX. S pacientkou komunikovala s úctou, nelitovala ji. Pacientky se ptala, jak by chtěla uspořádat činnosti během dne, nechala ji rozhodovat o časovém rozvržení. Pacientka byla motivována ke spolupráci v rámci jejích možností. Při každé manipulaci udržoval ošetrovatelský personál intimitu a soukromí pacientky. Všechny provedené činnosti byly zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl prozatím nesplněn, jelikož vyžaduje delší časové období, intervence přetrvávají. Dlouhodobý cíl prozatím nesplněn, jelikož vyžaduje delší časové období, intervence přetrvávají. Očekávané výsledky se daří plnit částečně, pacientka se aktivně podílí na ošetrovatelské péči. Přijetí oblastí, které nemůže mít pod kontrolou vyžaduje více času.

Doména č. 4 Aktivita/odpočinek

Třída č. 1 Spánek/odpočinek

Diagnóza Nespavost 00095

UZ: změny emocí, potíže s usínáním, potíže se spaním, předčasné probouzení, nedostatek energie, neposilující spánek, narušení spánku, což se projevuje následující den

SF: úzkost, průměrná denní fyzická aktivita je menší než doporučení pro dané pohlaví a věk, enviromentální faktory, strach, farmaka, tělesný diskomfort, stresory

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: U pacientky dojde ke zlepšení pocitu celkové pohody a odpočatosti do 14 dnů.

Cíl krátkodobý: Pacientka chápe příčiny poruchy spánku do 2 dnů.

Očekávané výsledky:

- Pacientka verbalizuje pochopení poruchy spánku do 2 dnů.
- Pacientka uzpůsobí denní režim svému biologickému rytmu do 3 dnů.
- U pacientky dojde ke zlepšení spánku a odpočinku do 7 dnů.

Intervence:

1. Posud' příčiny a související faktory poruchy spánku. – všeobecná sestra při překladu z JIP
2. Posud' souvislost poruchy se základním onemocněním. – všeobecná sestra při překladu z JIP
3. Zjistí spánkové rituály pacienta. – všeobecná sestra při překladu z JIP
4. Zajímej se o subjektivní pocity a pacientovy stížnosti na spánek, průběžně je zaznamenávej. – všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitářka celý den
5. Zjišťuj každou okolnost, která spánek ruší, a zaznamenej její výskyt. - všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitářka celý den
6. Monitoruj spánkové návyky. - všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitářka před spaním, během spánku a po něm
7. Sleduj důsledky poruchy spánku. - všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitářka během dne
8. Pomoz pacientovi dosáhnout optimálního spánku zohledněním režimu dne. - všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitářka během dne

9. Starej se vždy o přípravu prostředí ke spánku. - všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitářka denně večer před usnutím
10. Příprav pacienta ke spánku z hlediska osobního pohodlí a fyzického komfortu. - všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitářka denně večer před usnutím
11. Podávej léky proti bolesti podle ordinace hodinu před plánovaným usnutím. - všeobecná sestra dle potřeby
12. Sleduj účinek léků, postarej se o informování pacienta z hlediska užívání léků. – lékař, všeobecná sestra před podáním medikace
13. Pobízej pacienta k tělesné aktivitě, cvičení. - všeobecná sestra, fyzioterapeut denně

Realizace od 14.12. do 16.12.:

Při překladu z JIP dne 14.12. vyjádřila pacientka problémy s nedostatkem spánku. Všeobecná sestra ihned posoudila příčiny a související faktory způsobující nespavost a navrhla pacientce úpravu denního režimu. Dále sestra vybídla pacientku aby denně sdělovala veškeré změny stavu a subjektivní pocity. Pokoj pacientky byl vždy ve večerních hodinách upraven, vyvětrán, dle potřeby se provedla výměna prádla a pacientka byla poučena o rušících elementech (např. sledování televize) a jejich eliminování. Pacientka první den ošetřování verbalizuje pochopení příčin nespavosti.

Hodnocení od 14.12. do 16.12.:

Dlouhodobý cíl prozatím nesplněn, jelikož vyžaduje delší časové období a u pacientky změnu prostředí, intervence přetrvávají. Krátkodobý cíl splněn, pacientka je schopna verbalizovat pochopení příčin nespavosti. Očekávané výsledky se podařilo splnit částečně.

Doména č. 4 Aktivita/odpočinek

Třída č. 3 Rovnováha energie

Diagnóza: Únava 00093

UZ: změny koncentrace, zvýšení požadavků na odpočinek, ospalost, zhoršená schopnost zachovat běžný denní režim, nedostatek energie, neposilující spánek, únava

SF: onemocnění

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka necítí únavu do tří týdnů.

Cíl krátkodobý: Pacientka se zapojuje do běžných denních aktivit do 1 týdne.

Očekávané výsledky:

- Pacientka zná příčiny, které mu způsobují únavu do 24 hodin.
- Pacientka je poučena o účinných opatřeních proti únavě od prvního dne překladu z JIP.
- Pacientka je ochotna bojovat s únavou po druhém dnu od překladu z JIP.
- Pacientka nemá narušený spánek do 1 týdne.
- Pacientka střídá dostatečný odpočinek s aktivitami během dne.
- Pacientka má k dispozici klidné prostředí k odpočinku každý den.
- Pacientka se denně účastní léčebného režimu.

Intervence:

1. Zajímej se o celkový stav pacienta. – všeobecná sestra po celou dobu hospitalizace
2. Sleduj objektivní známky únavy. – všeobecná sestra po celou dobu hospitalizace
3. Zjisti, co podle pacientky způsobuje jeho únavu. – všeobecná sestra při překladu z JIP

4. Zaměř se na udržení kvality spánku. – všeobecná sestra v průběhu hospitalizace
5. Redukuj rušivé elementy před spaním. – všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitářka každý den před usnutím
6. Vytvářej vhodné prostředí ke zmírnění únavy (větrání, úklid, úprava lůžka) - všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitářka každý den dle potřeby
7. Motivuj pacientku k denním aktivitám, které jsou v jeho silách. – všeobecná sestra, ošetřovatelka, lékař po celou dobu hospitalizace
8. Naplánuj s pacientkou reálná opatření, která vedou ke snížení únavy. – všeobecná sestra a fyzioterapeut po celou dobu hospitalizace
9. Zkonzultuj a následně naplánuj s pacientkou možnosti fyzických aktivit. – všeobecná sestra, fyzioterapeut každý den
10. Pouč pacienta o nutnosti odpočinku mezi aktivitami k omezení únavy. – všeobecná sestra každý den
11. Zaznamenávej projevy únavy do zdravotnické dokumentace. – všeobecná sestra každý den dle potřeby
12. Podávej medikace dle ordinace lékaře. – všeobecná sestra dle potřeby

Realizace od 14.12. do 16.12.:

Pacientka byla dne 14.12. po překladi z JIP uložena na jednolůžkový pokoj. S pacientkou byly na úvod probrány její pocity z celkového stavu a únavu v souvislosti s onemocněním. Fyzioterapeutem byla každý poučena o důležitosti dodržovat denní aktivity i pravidelný odpočinek. Pacientce byly navrženy všechny možnosti dostupné na daném pracovišti. Pacientka po celou dobu udávala celkovou únavu, slabost z důvodu velkého operačního výkonu a pobytu v nemocnici. Každý podvečer byla provedena úprava lůžka pacientky, vyvětrán a uklizen pokoj. Všechny projevy únavy byly zaznamenány do dokumentace a byl o nich informován lékař.

Hodnocení od 14.12. do 16.12.:

Cíle nesplněny, pacientka i po 3 dnech udává únavu. Dlouhodobý cíl vyžaduje k realizaci delší časové období. Očekávané výsledky se podařilo splnit částečně.

Potenciální ošetřovatelské diagnózy ke dni 14.12.

Doména č. 11 Bezpečnost/ochrana

Třída č. 1 Infekce

Diagnóza: Riziko infekce 00004 – invazivní vstupy

RF: invazivní vstupy, změna integrity kůže, imunosuprese, vystavení se nákaze

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka nejeví známky infekce po celou dobu hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka je poučena o prevenci a možných rizicích vzniku infekce z důvodu zavedení permanentního močového katétru, centrálního žilního katétru, operační rány a penrose drénu do 24 hodin.

Očekávané výsledky:

- Pacientka udržuje místa invazivních vstupů čistá a suchá po celou dobu hospitalizace.
- Pacientka nejeví známky lokální infekce v místě zavedení invazivních vstupů po celou dobu hospitalizace.
- Pacientka nejeví celkové známky infekce v souvislosti se zavedením invazivních vstupů po celou dobu hospitalizace.

Intervence:

1. Sleduj možné projevy infekce. – zarudnutí, bolest v místě vstupů, tělesnou teplotu – všeobecná sestra 3x denně
2. Při převazech dodržuj aseptický postup. – všeobecná sestra při každé manipulaci
3. Pravidelně kontroluj invazivní vstupy, sleduj jejich funkčnost. – všeobecná sestra 3x denně
4. Pouč pacientku o možnosti vzniku infekce, její prevenci a projevech. - všeobecná sestra při přijetí, manipulaci se vstupy

5. Udržuj v čistotě osobní a ložní prádlo pacientky. – všeobecná sestra, ošetrovatelka, sanitářka 2x denně

Realizace od 14.12. do 16.12

Při překladu z JIP na standardní oddělení provedla všeobecná sestra kontrolu všech invazivních vstupů a operační rány. Při manipulaci s invazivními vstupy byly dodržovány zásady asepsy. Všeobecná sestra prováděla 3x denně kontrolu průchodnosti invazivních vstupů a známek infekce. Denně se prováděly převazy operační rány. Na centrální žilní katétr bylo přiloženo krytí s chlorhexidin glukonátem od 13.12. (na 7 dnů). O penrose drén pečovala sestra pomocí stomických pomůcek a byl přikládán urostomický sáček pro sběr odpadů z drénu, které byly pravidelně kontrolovány (množství, vzhled, konzistence). Všeobecná sestra denně dohlížela na dostatečnou hygienu pohlavního ústrojí a zavedeného permanentního močového katétru. Všechny převazy a manipulace s invazivními vstupy byly zaznamenány do dokumentace a byl o nich informován lékař.

Hodnocení od 14.12. do 16.12

Krátkodobý i dlouhodobý cíl splněny. Pacientka po celou dobu hospitalizace nejevila známky infekce v místech zavedení invazivních vstupů ani operační rány. Očekávané výsledky se podařilo splnit všechny.

CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE ZE DNE 16.12.

Ošetrovatelská péče byla prováděna u osmapadesátileté pacientky neplánovaně přijaté dne 7.12. k transplantaci jater pro Caroliho nemoc na oddělení transplantační chirurgie. Po provedené operaci a pobytu na pracovištích intenzivní péče byla pacientka přeložena na standardní lůžkové oddělení. Při překladu byly identifikovány ošetrovatelské problémy, dne 14.12., tj. 6. pooperační a 7. den hospitalizace. Problémy jsme našly v oblastech komfortu, aktivitě/odpočinku, bezpečnosti/ochrany, sebepercepce, vylučování a výměny a zvládnutí/tolerance zátěže. Stanovily jsme ošetrovatelské diagnózy dle publikace NANDA International Ošetrovatelské diagnózy: *Definice a klasifikace 2015-2017* a uspořádaly je sestupně dle priorit pacientky. K ošetrovatelským diagnózám jsme si stanovily krátkodobé a dlouhodobé cíle,

očekávané výsledky a ošetrovatelské intervence, podle kterých probíhala realizace ošetrovatelského plánu ve dnech od 14. do 16.12. Některé cíle se podařilo splnit, některé potřebují ke splnění delší časový úsek. Téměř všechny intervence se navzájem prolínají a nadále pokračují, vzhledem k dlouhodobosti rekonvalescence pacientů po transplantaci jater. Důraz v péči by měl být kladen jak na fyzickou, tak na psychicko-sociální stránku pacienta. Celkově byla ošetrovatelská péče efektivní, pacientka plně po celou dobu hospitalizace spolupracovala a podílela se na plnění ošetrovatelského plánu. Prognóza pacientky je výhledově velmi dobrá a v rámci několika dnů je zvažována dimise.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro pacienta

- nebát se požádat o pomoc a sdělovat všechny aktuální pocity
- dodržovat zásady ochrany proti infekci
- dodržovat léčebný režim a pokyny lékaře
- aktivně se podílet na léčebném režimu a ošetrovatelském plánu péče
- aktivně vyhledávat informace o pooperační a následné péči

Doporučení pro rodinu pacienta

- podporovat pacienta ve všech fázích léčebného procesu
- dohlížet na dodržování léčebného režimu
- dodržovat pokyny ošetrovatelského personálu

Doporučení pro zdravotnický personál

- empatický, trpělivý a lidský přístup
- individuální přístup ke každému pacientovi
- nebagatelizování problémů sdělovaných pacientem, naslouchání pacientovi

- dostatečná informovanost a edukace pacienta a rodiny o jeho onemocnění, léčbě, výkonech spojených s diagnostikou a terapií, plánu léčby a ošetrovatelské péče a prognóze
- ověřování zpětné vazby poskytovaných informací
- dbát na zásady správné komunikace s pacientem – nehovořit autoritativně, používat vhodné výrazy
- kontrolovat dodržování léčebného režimu stran pacienta
- dodržovat zásady bariérové ošetrovatelské péče
- zvýšení zájmu o problematiku péče o pacienty po transplantaci jater
- účastnit se školení věnovanému problematice pacientů po transplantaci jater
- doplnit informace o nežádoucích účincích léků podávaných po transplantaci jater

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývaly problematikou ošetrovatelské péče o pacienta po transplantaci jater na standardním oddělení. Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny 3 cíle, z nichž se všechny podařilo splnit. Popsaly jsme obecnou problematiku transplantace jater a specifika pooperační péče o pacienta po transplantaci jater na standardním oddělení. Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny 4 cíle, z nichž se podařilo splnit všechny. Byl vytvořen plán ošetrovatelské péče dle humanistického modelu Virgine Henderson, ve kterém jsme stanovily ošetrovatelské diagnózy dle publikace NANDA International Ošetrovatelské diagnózy: *Definice a klasifikace 2015-2017*.

Transplantace jater je velmi náročnou život zachraňující operací, která umožňuje pacientům dlouhodobé přežití. Celý průběh transplantace klade mimořádné nároky na ošetrovatelský tým a vyžaduje vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči poskytovanou na základě vlastních zkušeností a vědomostí. Při ošetrování pacientů je nutné myslet na všechny okolnosti týkající se zvýšeného rizika infekce a je nutné přistupovat ke každému pacientovi individuálně. Jedním z hlavních cílů komplexní péče o pacienty po transplantaci jater je rychlá rekonvalescence a zařazení se do zpět do běžného života. Je třeba pacienta i jeho rodinu informovat o všech aspektech léčby a další prognóze. Při léčbě a ošetrování je hlavní prioritou důvěra mezi ošetrujícími personálem a pacientem, díky které se léčba usnadní. Většina pacientů si uvědomuje náročnost potransplantační péče a především to, že jde o život zachraňující zákrok. Existují však i výjimky, kdy pacienti nespolupracují a následná péče se prodlužuje či komplikuje.

Se současnými pokroky v postupech a léčbě se daří poskytnout pomoc většímu počtu pacientů, než tomu bylo dříve. I přes všechny pokrok se nedaří pomoci všem, kteří by transplantaci jater potřebovali. Nedostatek dárců, noncompliance pacientů, ale i pozdní rozhodnutí komplikují průběh a úspěšnost léčby.

Jako výstup práce jsme zpracovaly informační leták určený pro pacienty po transplantaci jater hospitalizované na lůžkovém oddělení Transplantační chirurgie

v IKEM, který by měl pacientům poskytnout odpovědi na často kladené otázky v rámci pooperační péče.

Věříme, že tato bakalářská práce bude přínosem nejen všeobecným sestřím a ošetrovatelskému personálu pečujícího o pacienty po transplantaci jater na standardním oddělení, ale také studentům zdravotnických škol.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BALÁŽ, Peter a kol., 2011. *Odběry orgánů k transplantaci: Odbery orgánov na transplantácie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1964-4.

BARTŮŇEK, Petr, 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.

BUSUTTIL, Ronald W. a Goran B. KLINTMALM, 2015. *Transplantation of the Liver Expert Consult*. 3rd edition. Philadelphia: W B Saunders Co. ISBN 978-1-4557-0268-8.

ČERVINKOVÁ, Eliška a kol., 2006. *Ošetrovatelské diagnózy*. 4. vyd. Brno: NCONZO, 2006, 190 s. ISBN 80-701-3443-7.

Česká transplantační společnost. *Transplantační tým* [online]. [cit. 2017-03-06]. Dostupné z: <http://www.transplantace.eu/jatra/pred.php>

ČESKO, 2002. *Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)*. In: www.zakonyprolidi.cz [online]. Platnost od 28.06.2002. Účinnost od 1.09.2002. Novelizace 1.04.2013. © AION CS 2010-2017 [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-285>

ČSN ISO 690. *Informace a dokumentace - Pravidla pro bibliografické odkazy a citace informačních zdrojů*. 3. vyd. Praha: ÚNMZ, březen 2011.

GOOGLE. *Google knihy*. [online]. [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: <http://books.google.cz/>.

HONSOVÁ, Eva, 2013. *Biliární (cholestatické) komplikace v biopsiích jater časně po transplantaci*. Vnitřní lékařství: orgán Československé společnosti pro vnitřní lékařství, sekce Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně. *Vnitřní lékařství* [online]. Praha, 2013. Roč. 59, č. 8, s. 689–693. [cit. 2017-03-14]. ISSN 1801-7592.

HORÁK, Jiří a Jiří EHRMANN, 2014. *Hepatologie do kapsy*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3299-5.

IKEM. *Transplantace jater* [online]. [cit. 2017-02-26]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/transplantcentrum/klinika-transplantacni-chirurgie/co-u-nas-lecime/transplantace/transplantace-jater/a-2469/>

LATA, Jan a Tomáš VAŇÁSEK, 2005. *Kritické stavy v hepatologii*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0404-8.

KOCINOVÁ, Svatava a kol., 2007. *Přehled nejužívanějších léčiv: Příručka pro střední zdravotnické školy*. 5., aktualiz. vyd. Praha: Informatorium, 2007, 96 s. ISBN 978-80-7333-059-0.

KRČÁL, Martin. *Generátor citací* [online]. Brno [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: <http://generator.citace.com/> Medical Tribune Pharmindex Brevír, 2015. Praha: Medical Tribune. ISBN 978-80-87135-62-4.

NANDA International, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Čtvrté doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-904955-9-3.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.

ROKYTA, Richard a kol., 2006. *Somatologie I. a II.: učebnice*. Vyd. 3. Praha: Eurolex Bohemia, 2006. Učebnice pro SZŠ a VZŠ. ISBN 80-86861-59-7.

RUDOLF, Kamil a Josef MALÝ, 2011. *Kortikosteroidy a imunosupresiva v chronické léčbě* [online]. [cit. 2017-02-05]. Dostupné z: www.praktickelekartstvi.cz/pafs/lek/2011/05/01.pdf

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.

SITZMAN, Kathleen a Lisa Wright EICHELBERGER, 2010. *Understanding the work of nurse theorists: a creative beginning*. 2nd ed. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers, 2010. ISBN 0763778168.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. Grada. ISBN 978-80-247-3130-8.

STRYJA, Jan, 2008. *Repetitorium hojení ran*. Semily: GEUM, 2008. ISBN 978-808-6256-603.

TINKOVÁ, Nela, 2009. *Transplantace jater*. Brno, 2009. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Doc. RNDr. Antonín Lojek, CSc.

TRACHTOVÁ, Eva, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

TRUNEČKA, Pavel a Miloš ADAMEC, 2009a. *Transplantace jater*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1671-1.

TRUNEČKA Pavel, 2004b. *Co je třeba vědět o transplantaci jater: Příručka pro pacienty před a po transplantaci a pro jejich blízké* [online]. Plzeň: Euroverlag, 2004 [cit. 2017-02-26]. Dostupné z: <http://www2.ikem.cz/www?docid=1005933&getdoc=show>

TRUNEČKA, Pavel, 2013. *Imunosuprese po transplantaci jater, současnost a budoucnost*. Vnitřní lékařství: orgán Československé společnosti pro vnitřní lékařství, sekce Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně. *Vnitřní lékařství* [online]. Praha, 2013. Roč. 59, č. 8, s. 671-677. [cit. 2017-03-14]. ISSN 1801-7592.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3770-6.

ŽIVOT². *Počet transplantací TC IKEM 2016* [online]. In: [cit. 2017-03-06]. Dostupné z: <http://zivot2.ikem.cz/statistika/index.html>

PŘÍLOHY

Příloha A – Barthelův test základních všedních činností ADL	II
Příloha B – Get Up and Go test	IV
Příloha C – Záznam hodnocení bolesti a škála bolesti	V
Příloha D – Zhodnocení rizika pádů	VII
Příloha E – Rešeršní protokol	VIII
Příloha F – Návrh informačního letáku	IX
Příloha H – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	XI

Příloha A – Barthelův test základních všedních činností ADL

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15

	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ – 70b

0-40 bodů - vysoce závislý

45-60 bodů - závislost středního stupně

65-95 bodů - lehká závislost

100 bodů – nezávislý

Zdroj: vlastní tvorba, 2017

Příloha B - Get Up and Go test

Pacienta posadíme na přiměřeně vysokou židli. Požádáme jej, aby vstal, ušel cca 5 metrů, otočil se, vrátil se a znovu se posadil na židli.

Tabulka 4 Get Up and Go test




	3 body	2 body	1 bod	0 bodů
Vstane	bez pomoci	s rukou pomocí	s dopomocí	neprovede
Chůze	stabilní	s nebo vrávorá pomůckou	s dopomocí, výrazná nestabilita	neprovede
Otočení	jisté	nejisté, zavravorání	výrazně nejisté, potřeba dopomoci	neprovede
Usednutí	bez pomoci	s rukou pomocí či opření	výrazně nejisté, potřeba dopomoci	neprovede

Zdroj: vlastní tvorba, 2017

Hodnocení – 8, pacient vyžaduje dopomoc při pohybu.

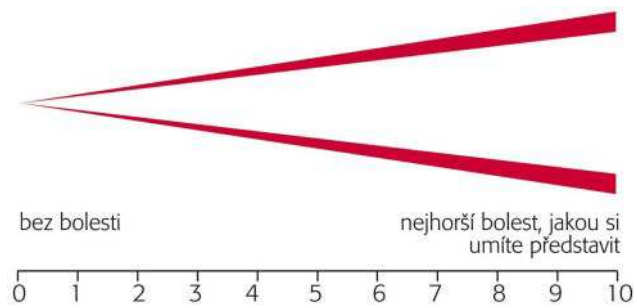
Příloha C – Záznam hodnocení bolesti a škála bolesti

Tabulka 5 Záznam hodnocení bolesti

Datum	14.12.	15.12.	16.12.
Předepsaná analgetika	Novalgin 500 mg/ml i.v. á 6 hod p.p. Dipirolor 7,5 mg/ml i.m. á 8 hod p.p.	Novalgin 500 mg/ml i.v. á 6 hod p.p. Dipirolor 7,5 mg/ml i.m. á 8 hod p.p.	Novalgin 500 mg/ml i.v. á 6 hod p.p. Dipirolor 7,5 mg/ml i.m. á 8 hod p.p.
Topologie			
Intenzita dle VAS skóre	Dopoledne - 4 Poledne - 3 Večer - 2	Ráno - 3 Poledne - 2 Večer - 3	Ráno - 3 Poledne - 2 Večer - 3
Kvalita	Tupá bolest	Tupá bolest	Tupá bolest
Podaná medikace	11:30 Novalgin 500 mg i.m.	9:00 Novalgin 500 mg i.m. 18:00 Novalgin 500 mg i.m.	10:00 Novalgin 500 mg i.m.
Reakce nemocného na bolest	Bolestivé grimasy, úlevová poloha na zádech s pokrčeními DKK	Bolestivé grimasy, úlevová poloha na zádech s pokrčeními DKK	Bolestivé grimasy, úlevová poloha na zádech s pokrčeními DKK

Zdroj: vlastní tvorba, 2017

Graf 2 Škála bolesti



Zdroj: archiv autora, 2017

Příloha D – Zhodnocení rizika pádů

Aktivita	Skóre	
Pohyb	Neomezený	0
	Používání pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Nokturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Riziková léčiva ze skupiny: (diuretika, antikonvulziva, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní léky, benzodiazepiny)	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchový, smyslový deficit	1
Mentální stav	Orientován	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Dezorientace/demence	1
Věk	18-75	0
	75 a výše	1

Celkové skóre: 2 body – riziko pádu je mírně zvýšeno

Zdroj: vlastní tvorba, 2017

Příloha E – Rešeršní protokol

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta po transplantaci jater na standardním oddělení

Tereza Ševčíková

Jazykové vymezení:	čeština, angličtina
Klíčová slova:	transplantace, játra, ošetrovatelská péče, pacient, imunosuprese
Časové vymezení:	2006-2017
Druhy dokumentů:	knihy, články, příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje
Počet záznamů:	České zdroje: záznamů: 34 (knihy: 5; články, kapitoly: 29), zahraniční zdroje: záznamů: 53
Použitý citační styl:	Harvardský, ČSN ISO 690/2011
Základní prameny:	Katalog národní lékařské knihovny (www.medvik.cz), Jednotná informační brána (jib.cz)
Klíčová slova:	Transplantace. Játra. Ošetrovatelská péče. Imunosuprese. Kvalita života po transplantaci jater.
Klíčová slova v anglickém jazyce:	Transplantation. Liver. Nursing care. Immunosuppression. Quality of life after liver transplantation.

Zdroj: Vlastní tvorba, 2017

PŘÍLOHA F - Návrh informačního letáku

Transplantace jater

Transplantace jater je radikální život zachraňující metoda léčby nevratného selhání jater, nádorů a metabolických vad ve spojitosti s játry. Jejím základem je chirurgická operace, při které jsou z těla příjemce vymazána nemocná játra a ta jsou následně nahrazena celými játry či jejich částí z mrtvého nebo živého dárce.

Cílem transplantace jater je prodloužit a zkvalitnit život pacienta s jaterním onemocněním. Obecně lze říci, že transplantace jater je indikována v okamžiku, kdy konzervativní způsob léčby přináší pacientovi větší rizika než léčba transplantací.

Co je třeba ještě vědět?

Celková doba strávená v nemocnici činí za předpokladu nekomplicovaného průběhu 2-3 týdny. Úplná rekonvalescence po propuštění do domácího prostředí činí kolem 3-4 měsíců.

Klinika transplantace chirurgie IKEM je největším pracovištěm v České republice, které provádí transplantace jater. Program transplantací jater byl zahájen v roce 1994 a oduš se zde provedlo více než 1300 transplantací.



Transplantace jater

Autor: Ševčíková Tereza

Tato brožura byla vytvořena pro studijní účely Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. v roce 2017.

Vlastní tvorba pomocí zdrojů:

TRUNEČKA, Pavel a Miloš ADAMEC, 2008a. Transplantace jater. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-1671-1.

TRUNEČKA Pavel, 2008b. Co je třeba vědět o transplantaci jater. Příručka pro pacienty před a po transplantaci a pro jejich blízké [online]. Píseň: Euroverlag, 2004 [cit. 2017-03-26]. Dostupné z http://www2.ikem.cz/wwwRbocde-005933_Sagdaocshov

Informace pro pacienty po transplantaci jater hospitalizované na lůžkovém oddělení Transplantační chirurgie IKEM

Zdroj: vlastní tvorba, 2017

Nejčastěji kladené otázky hospitalizovaných pacientů po transplantaci jater:

1. Jak mám užívat léky?
2. Kdy mi vrátím stehy?
3. Co bude s drénem?
4. Kdy půjdu domů?
5. Můžu po transplantaci otěhotnět?
6. Můžu chodit mezi ostatní pacienty?
7. Co to znamená izolací režim?
8. Co mohu jíst?
9. Škodí mi léky, které beru?
10. Kdo za mnou může na návštěvu?
11. Kdo se o mě bude starat po propuštění z nemocnice?

Vážený/a paciente/tko,

nacházíte se na lůžkovém oddělení Transplantační chirurgie po prodělané transplantaci jater. Následující text obsahuje informace o vaší hospitalizaci na lůžkovém oddělení a pravidla dodržování léčebného režimu.

Užívání léků

Léky vám při pobytu v nemocnici připravuje nemocniční personál dle předepsaných standardů. Na základě poučení při příjetí léky samostatně neužívejte, aby nedocházelo k duplicitnímu užití léků a tím k možným komplikacím Vaší léčby. Léky byly předepsány pouze vám – proto se o ně s nikým neďtele! Léky berete v určený čas. U imunosuprese je přesný čas obzvláště důležitý.

Ochrana před infekcí

Po transplantaci jste vystaveni zvýšenému riziku infekce. Ošetrovatelský personál vám zajistí roušku a bavěné rukavice, které vždy noste s sebou při opouštění pokoje.

Pohyb

V rámci pooperačního období je nutná časná aktivizace a léčba z důvodu možných komplikací. Dvakrát denně za vámi bude docházet fyzioterapeut a naučí vás základní pohyby v rámci lůžka, chůze a naučí vás základním cvikům k udržení tělesné kondice. Vždy dbejte jeho pokynů a berte ohled na vlastní zdravotní stav. Opouštějte pokoj smla v přiložené roušce a rukavicích.

Dieta

Během hospitalizace máte lékařem nastavený denní režim, který je nutno dodržovat. své potraviny si můžete uložít do lednice určené pro pacienty, vždy se ale poraďte s ošetrojícím personálem o jejich vhodnosti.

Hojení rány

Rána se obvykle zcela zhojí do 6-10 týdnů. Stehy či svorky se vyzahují 10-14 dnů od operace buď během hospitalizace, nebo při kontrole na ambulanci na základě rozhodnutí lékaře. Ránu je nutné udržovat v čistotě!

Drény

Drén slouží k odvádění sekretu z operační rány; jeho ošetřování se provádí denně. Vytažení drénu závisí na několika faktorech: množství sekretu, dni zavedení, vzhledu sekretu. Nezapomínejte drén vždy brát s sebou, jinak hrozí jeho vytažení a následná komplikace.

Izolace

V případě infekčních komplikací po výkonu vám lékař indikuje izolací režim, který znamená zpřísnění ochranných opatření a omezení návštěv.

Těhotenství

Žena může po transplantaci jater znovu otěhotnět, je však důležitá konzultace s ošetrojícím lékařem z důvodu užívání imunosuprese, jenž může závažně poškodit plod.

Návštěvy

Doba návštěv je v rozmezí od 14:00 do 18:00. Nejsou doporučeny návštěvy dětí do 10 let. Návštěvy jsou povinny se hlásit ošetrojícímu personálu a dodržovat hygienická opatření!

Komplikace

Transplantace jater je velmi složitou léčebnou metodou, která výjimečně proběhne zcela bez komplikací. Úspěšná transplantací medicína je založena především na vzájemném vyhledávání a správné léčbě komplikací. Proto vždy ihned informujte ošetrojící personál o každé změně zdravotního stavu.

Péče po

Před propuštěním vás navštíví transplantační koordinátorka, která vám vše vysvětlí a zajistí další postup léčby.

Péče po propuštění vám bude zajištěna ambulantně. Do tří dnů po propuštění navštívíte s propouštěcí zprávou vašeho praktického lékaře.

Kontakty

Veškeré Vámi vyžadované kontakty vám ochotně poskytneme ošetrojící personál.

Na veškeré otázky Vám odpoví ošetrojící personál, vždy dbejte jeho pokynů. Cílem Vaší léčby je rychlá rekonvalescence a brzký návrat domů.

Příloha H – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta po transplantaci jater na standardním oddělení v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 31.3.2017

.....
Tereza Ševčíková